UNIVERSITATEA *SPIRU HARET*
FACULTATEA DE *PSIHOLOGIE*

PSIHOTERAPIE
ANUL III, semestrul 2
Titularul disciplinei: Conf. univ dr. Diana Lucia Vasile

Evaluarea va avea la bază parcurgerea şi însuşirea cunoştinţelor cuprinse în această **SINTEZĂ DE CURS.**

Definiţia psihoterapiei.

Psihoterapia se defineşte ca ansamblul ştiinţific coerent de principii teoretice şi aplicative psihologice care urmăresc vindecarea sau/şi restructurarea psihicului uman. Ea se diferenţiază astfel de demersurile oamenilor obişnuiţi care pot şi ei încerca să diminueze suferinţa psihică a semenilor.

Este vorba de vindecare în situaţia în care o persoană a trecut printr-o experienţă care a produs perturbare psihică semnificativă, pe termen lung sau pe termen scurt, cu efecte în sfera adaptării persoanei şi echilibrului său psihologic. Este vorba de restructurare atunci când se urmăreşte ca întreaga personalitate să dobândească un nou mod de echilibrare şi un nou mod de adaptare la mediu.

Important este de reţinut că psihoterapia nu vizează o schimbare a personalităţii (nu putem fi cu totul altfel în urma unei psihoterapii reuşite) ci doar o modificare a stilului de adaptare, a eficienţei personale. Putem face o asemănare cu piesele de lego: de-a lungul vieţii ele se aşează şi se combină într-un anumit mod, iar prin psihoterapie avem acces la unele dintre ele, poate la foarte multe, şi putem schimba doar legătura, combinaţiile, poate mai putem adăuga unele sau scoate altele (de exemplu adăugăm sau scoatem anumite comportamente, gânduri scheme etc.), dar fundamental, vom avea aceleaşi piese într-o altă dispunere, mai eficientă, mai confortabilă şi mai adecvată pentru persoană.

Colegiul Psihologilor din România defineşte psihoterapia ca fiind intervenţia psihologică realizată ştiinţific şi în spirirt umanist

a. în scopul promovării sănătăţii, autocunoaşterii şi dezvoltării personale,
b. în scopul modificării factorilor psihologici implicaţi în tulburările psihice, psihosomatice şi în tulburările somatice,
c. în situaţii de risc.

Există trei mari tipuri de psihoterapie, în funcţie de numărul persoanelor care apelează la acest tip de ajutor:

a. *individuală*, atunci cand există o singură persoană pacient sau client;
b. de *cuplu* sau de *familie*, atunci când un cuplu sau o familie cere o psihoterapie;
c. în *grup*, atunci când este vorba de mai multe persoane (de regulă în jur de 12-15 persoane).

Toate aceste tipuri de psihoterapie urmăresc cam aceleaşi mari *obiective*:

- Stimularea autocunoaşterii, a sănătăţii psihice;
- Ajutarea persoanei să depăşească criza sau situaţia de risc în care se află;
- Eliminarea sau diminuarea simpotmatologiei pe care persoana o prezintă;
- Adaptarea mai bună a persoanei la mediul său;
- Modificarea unora dintre condiţiile de mediu pentru a permite o mai bună adaptare la acesta;
- Creşterea forţei eului şi a capacităţilor şi abilităţilor personale;
- Restructurarea conflictelor intrapsihice;
- Restructurarea gândurilor, opiniilor, atitudinilor faţă de propria persoană, creşterea încrederii în sine şi stabilirea unul sens mai clar al identităţii personale;
- Îmbunătăţirea relaţiilor cu cei din jur.

Relaţia psihoterapiei cu evaluarea psihologică şi cercetarea.

Componentele unui proces terapeutic sunt:

- Psihodiagnostic şi evaluare clinică

- Conceptualizarea clinică
- Relaţia psihoterapeutică
- Intervenţiile psihologice specifice tipului de psihoterapie (individuale, de cuplu, de familie, de grup)
- Evaluarea rezultatelor terapiei şi a procesului terapeutic.

Cu alte cuvinte, orice terapeut este necesar să aibă cunoştinţe solide de psihodiagnoză a normalităţii şi patologiei psihice, precum şi de cercetare psihologică, în special cea calitativă.

Orientări de bază în psihoterapie. Aspecte comune şi aspecte diferite în orientările psihoterapeutice.

Principalele arii sau orientări în psihoterapie sunt:

- *Orientarea dinamică* - în care sunt incluse şcolile de psihoterapie care *se centrează pe dinamica inconştient-conştient*, cum sunt psihanaliza, analiza reichiană, psihoterapia (analiza) jungiană, etc.;
- *Orientarea umanistă* – în care sunt incluse şcoli care se centrează pe valorificarea resurselor umane, a disponibilităţilor latente care există în fiecare om, cum ar fi terapia centrată pe client, terapia experienţială, terapia existenţială, etc.
- *Orientarea comportamentalistă* – în care sunt incluse şcolile care *se centrează pe procesul de învăţare*, cum ar fi terapia cognitivă, terapia raţional-emotivă, terapia asertivă, etc.;

Ceea ce aseamănă aceste trei mari orientări psihoterapeutice este faptul că toate vizează îmbunătăţirea echilibrului psihic al persoanei care apelează la psihoterapie, adapătarea sa mai bună la mediul în care trăieşte şi toate realizează acest lucru prin intermediul unei relaţii specifice stabilite între client/pacient şi psihoterapeut, numită *relaţie psihoterapeutică*.

Indiferent însă de orientare, orice psihoterapie ar trebui să fie eficientă, să se soldeze cu succes. Psihoterapeuţii ştiu însă că nu întotdeauna succesul terapeutic este posibil, el fiind profund dependent de potenţialul de vindecare al clientului, de implicarea sa în procesul

terapeutic. Ceea ce ţine de terapeut, pe lângă conştinţele acestuia, este abilitatea lui de a stabili o bună relaţie terapeutică.

Succesul terapeutic va fi evaluat din trei perspective intreconectate între ele:

- Din perspectiva clientului – el/ea afirmă şi chiar se simte mai bine, este mai eficient, mai încrezător, mai echilibrat şi mai adaptat;
- Din perspectiva terapeutului – terapeutul evaluaează procesul terapeutic şi rezultatele acestuia şi constată că obiectivele au fost atinse, că între ceea ce afirmă clientul despre succesul terapeutic şi modul în care arată, se comportă există o coerenţă;
- Din perspectiva altora, semnificativi pentru clienţi – adică nu doar clientul şi terapeutul său trebuie să considere că există rezultate pozitive în urma terapiei, acest lucru este necesar să fie observat şi remarcat, subliniat şi de persoanele care se află în mediul clientului.

Ceea ce diferenţiază însă aceste diferite arii ale psihoterapiei sunt:

1. principiile teoretice pe care se fundamentează
2. semnificaţia dată simptomului
3. scopul, obiectiviele terapeutice stabilite
4. tehnicile cu care lucrează psihoterapeutul
5. caracteristicile relaţiei terapeutice
6. rolul terapeutului

Principiile teoretice pe care se fundamentează

Orientarea dinamică – se bazează pe descoperirea forţelor inconştiente (motive, afecte, atitudini, conflicte), înţelegerea mecanismelor inconştiente care ar perturba echilibrul persoanei, urmăreşte producerea insightului, şi astfel înlăturarea simptomului şi schimbarea tiparului disfuncţional. Aceste mecanisme inconştiente sunt formate în mare măsură în copilărie şi acţionează fără ca omul să realizeze, să conştientizeze acest lucru.
Orientarea umanistă – se bazează pe principiul valorificării disponibilităţilor umane, al refacerii legăturii eu-sine prin intermediul unor noi experienţe trăite care vor modifica modul de funcţionare psihică, iar potenţialul natural de echilibrare al omului va fi activat; ele cred în capacitatea omului de a depăşi experienţa umană obişnuită, cea de zi cu zi, de a descoperi

individualitatea, dar şi unitatea omului cu universul, de a depăşi limitele eului şi de a se contopi într-o conştiinţă universală.

Orientarea cognitivă şi comportamentalistă – se bazează pe principiul învăţarii. Se consideră că o persoană care a ajuns să aibă un dezechilibru poate învăţa noi modalităţi de comportamnet sau de gândirea care să o ajute să se reechilibreze şi să fie mai eficientă, mai mulţumită. Presupune evidenţierea cogniţiilor negative, a schemelor cognitive şi a disfuncţiilor cognitive şi modificarea acestora prin identificarea şi testarea ipotezelor şi cogniţiilor negative, dezvoltarea şi testarea unor scheme cognitive alternative mai flexibile şi realiste, schimbarea tiparului de gândirea sau a celui comportamental disfuncţional.

Semnificaţia dată simptomului

Orientarea dinamică - simptomul este văzut ca find secundar, o manifestare de suprafaţă a unor procese profunde, acestea fiind cele mai importante. Simptomul reprezintă o expresie a conflictului între cerinţele instinctuale şi cerinţele sociale, religioase, culturale, care le interzic (conflict intre Id si Superego mediate de Ego). Nevroza este o provocare, un impuls legat de necesitatea lărgirii conştiinţei personale, un semn al blocajului în procesul de maturizare şi individuare.

Orientarea umanistă – simptomul reprezintă un blocaj sau pierderea legăturii cu propria experienţă internă, înstrăinarea eului de sine însuşi, pierderea sensului existenţei şi blocarea posibilităţiilor de manifestare a eului.

Orientarea comportamentalistă – simptomul este constitutit din comportamente disfuncţionale care au fost întărite de factori de mediu. În aceste orientări, simptomul este el însuşi considerat ca fiind problema care trebuie eliminată, spre deosebire de orientările dinamice, fără a modifica structura personalităţii clientului.

Scopul, obiectivele terapeutice stabilite

Orientarea dinamică – scopul fundamental este rezolvarea conflictelor refulate, victoria egoului asupra idului, întărirea egoului. De asemenea, se urmăreşte stimularea procesului de individuare, ca un proces continuu, descoperirea unicităţii, autonomia, responsabilizarea, descoperirea eului individual, dar şi evoluţia transpersonală.

Orientarea umanistă – scopul major este autorealizarea potenţialului personal, descoperirea autenticităţii, creativităţii, spontaneităţii, integrarea corpului cu mintea şi spiritul omului; depăşirea conştiinţei individuale şi contopirea cu conştiinţa universală.
Orientarea comportamentalistă – scopul central îl reprezintă ameliorarea, înlăturarea simptomelor, aspectelor disfuncţionale; decondiţionarea clientului de comportamente nedorite, maladaptative şi înlocuirea cu comportamente dezirabile.

Tehnicile cu care lucrează psihoterapeutul

Orientarea dinamică - interpretarea, asociaţiile libere, analiza de vis, analiza transferului şi a contratransferului, analiza şi conştientizarea rezistenţelor, catharsisul, clarificarea/insightul, amplificarea.
Orientarea umanistă – provocarea unor experienţe directe prin interacţiune, dialog, tehnici verbale şi non-verbale, dramatizări, imaginaţie dirijată, trăiri experimentale, jocuri, meditaţie.
Orientarea comportamentalistă – condiţionarea, desensibilizarea sistematică, întăriri pozitive şi negative, elaborarea unor modele comportamentale noi, relaxarea, diferenţierea emoţiilor de cogniţii şi de comportamente.

Caracteristicile relaţiei terapeutice

Orientarea dinamică – relaţia stabilită între terapeut şi cel care cere ajutorul, numit aici *pacient*, seamană cu relaţia medicala, este bazată pe un contract terapeutic. Relaţia este clară, pacientul fiind cel în suferinţă iar terapeutul fiind cel puternic, cunoscător care îl ajută pe acesta să se vindece. În psihoterapia analitică jungiană relaţia este autentică bazată pe empatie, conţinere, stabilitate, ea transformându-se treptat într-o relaţie egală, de prietenie, de reciprocitate.
Orientarea umanistă – aici relaţia este egală, bazată pe o înţelegere umană. În această orientare, cel care apelează la psihoterapie este denumit *client*, tocmai pentru a se sublinia faptul că el apelează la un serviciu şi nu faptul că este bolnav.
Orientarea comportamentalistă – aici relaţia este educativă, bazată pe o convenţie de învăţare. Se aseamănă mult cu relaţia profesor elev, sau mentor-discipol.

Rolul terapeutului

Orientarea dinamică – terapeutul de orientare dinamică interpretează, reflectă, este frustrant, nedirectiv, detaşat, neutru emoţional, dar este alături de pacient, îl acompaniază în drumul său interior.
Orientarea umanistă – terapeutul îl acceptă pe client, este vorba de o acceptare mutuală; el/ea este permisiv(ă), gratificant(ă), pasiv(ă), nondirectiv(ă).
Orientarea comportamentalistă – terapeutul comportamentalist este un formator (trainer), sfătuitor, este directiv, arată clientului ce şi cum să facă, să acţioneze, este practic, pragmatic.

Reprezentanţi de bază ai orientărilor psihoterapeutice.

Iată care sunt principalele forme sau şcoli de psihoterapie şi reprezentanţii lor, în cadrul celor trei mari orientări terapeutice (după I. Holdevici, p. 20-22, 1996):

Orientarea dinamică:

- Psihanaliza – S. Freud
- Psihoterapia analitică – C. G. Jung
- Psihologia individuală – A. Adler
- Terapia voinţei – O. Rank
- Terapia analitică activă – W. Stekel
- Psihiatria interpersonală – H. S. Sullivan
- Psihoterapia intensivă – E. Fromm, Reichman
- Analiza caracterologică – K. Horney
- Analiza egoului – M. Klein
- Şcoala de la Chicago - Alexander French
- Psihoterapia scurtă analitică - Sifneos, Malan Bellak

Orientarea comportamentalistă:

- Terapia reflex condiţionată - Salter
- Terapia bazata pe teoriile învăţării - Dollard
- Psihoterapia bazată pe învăţarea socială - Rotter
- Terapia modelată – A. Bandura
- Psihoterapia directivă - Thorne
- Terapia raţional-emotivă - Ellis

- Terapia de confruntare şi rezolvare de probleme - Garner
- Terapia asertiv structurală - Phillips
- Terapia bazata pe constructe personale – G. Kelly

Orientarea umanistă:

- Analiza existenţială - Binswanger
- Psihoterapia centrată pe client – C. Rogers
- Gestaltterapia – F. Perls
- Logoterapia – V. Frankl
- Terapia experienţială – C. Whitaker
- Analiza bioenergetică - Lowen
- Antrenamentul autogen - Schultz, Lute
- Meditatia transcedentală, Yoga, terapia Nirvana
- Psihoterapia Zen - Watts
- Psihoterapia psihedelică – Osmuno
- Psihoterapia transpersonală – S. Grof

Relaţia şi alianţa terapeutică.

Relaţia terapeutică este o relaţie stabilită între două persoane, în care una cere ajutor pentru un simptom, un dezechilibru psihologic, o nemulţumire, o insatisfacţie, iar cealaltă dispune de cunoştinţele şi abilităţile ştiinţifice necesare pentru a o putea ajuta. De multe ori, mai ales în orientările dinamice şi cele cognitive se stabileşte un *contract* între aceste două persoane, un contract verbal prin care se stabilesc rolurile şi obiectivele fiecăreia dintre părţi. Acest contract ajută la formarea unei *alianţe* terapeutice, adică a unei colaborări între client/pacient şi terapeutul său, în care fiecare investeşte ceea ce ştie pentru a asigura succesul terapeutic. S-a observat că un bun contract terapeutic, o bună alianţă este fundamentală pentru a produce modificările scontate în personalitatea clientului.

Psihoterapia traumei.

Aşa cum afirmam mai sus, unul dintre cele mai importante obiective ale psihoterapiei îl reprezintă scoaterea clientului din criza sau situaţia de risc în care se află. Destul de recent s-a conturat în psihoterapie o direcţie, numită *psihotraumatologie* care se ocupă cu vindecarea rănilor psihice, tocmai pentru că s-a observat că fiecare orientare terapeutică este limitată în situaţii de traumatizare. De aceea, voi prezenta mai jos câteva detalii referitoare la traumatizarea psihică şi la principiile de lucru cu persoanele traumatizate.

Traumatizarea psihică

Este necesar ca încă de la început şi diferenţiem nişte concepte:

- eveniment / situaţie / factor traumatic
- traumă psihică
- reacţie traumatică

Această clarificare nu este uşor de realizat având în vedere faptul că numeroşi autori au dat diferite definiţii şi au analizat aceste concepte, fără să ajungă la multe concluzii comune. Este, de altfel, de aşteptat să existe dificultăţi de a obţine un consens pentru că fenomenele şi procesele implicate în traumatizarea psihică sunt extrem de complexe şi de greu de studiat, obstacolele în cercetare fiind numeroase şi variate. Voi face însă o trecere în revistă a ceea ce oferă literatura de specialitate pe această temă.

De la început aş dori să precizez că dificultatea de a analiza trauma psihică a determinat unele concepte care, deşi utile în practica terapeutică, pot crea confuzii. Printre acestea se află chiar binecunoscuta *tulburare de stres posttraumatic (PTSD)* din Manualul Diagnostic şi Statistic al Asociaţiei Psihiatrice Americane (vezi tabelul 1). Apreciez, alături de autorii germani G. Fischer şi P. Riedesser, că prin noţiunea de *sindrom de stres posttraumatic* se poate crea o dublă confuzie: una între noţiunea de stres şi cea de traumă, iar alta între traumă şi evenimentul traumatizant, prin prefixul "post" din *posttraumatic*.

Noţiunile de *stres* şi *traumă* deşi sunt apropiate, ar fi bine să nu fie neapărat asociate, deoarece în limbaj comun ele se diferenţiază mult. Noţiunea de stres se referă la o manifestare

zilnică, la reacţie a organismului, şi se asociază mai degrabă cu ideea de presiune, în timp de trauma este văzută ca o rană, ca o leziune sufletească şi presupune suferinţă şi boală.

M. Golu defineşte stresul ca *„stare de tensiune, încordare, disconfort determinată de agenţi afectogeni cu semnificaţie negativă de frustrare sau reprimare a unor motivaţii, de dificultatea sau imposibilitatea rezolvării unor probleme*” (1981, p. 235-236). Bratu Iamandescu subliniază însă şi importanţa factorilor afectogeni cu semnificaţie pozitivă care pot induce stres, denumit de regulă eustres, pentru prima variantă definită de Golu rezervându-se termenul de disstres. Astfel, Bratu Iamandescu consideră că stresul ar reprezenta „*un sindrom constituit de exacerbarea, dincolo de nivelul unor simple ajustări homeostatice, a unor reacţii psihice şi a corelatelor lor somatice (afectând cvasitotalitatea compartimentelor organismului) în legătură cu agresiunea externă sau internă exercitată de o configuraţie de factori declanşanţi (agenţi stresori, adică excitanţi psihici cu rezonanţă afectivă majoră, pozitivă sau negativă, sau surse de suprasolicitare a proceselor cognitive sau volitive) ce acţionează intens, surprinzător, brusc şi/sau persistent şi având deseori un caracter simbolic de „ameninţare" (percepuţi sau anticipaţi ca atare de subiect)"* (1993, p.25-26).

Reacţia de stres este, în viziunea lui Fischer şi Riedesser "*răspunsul organismului la o situaţie critică de suprasarcină şi la evenimente critice, neajungându-se de regulă la modificările calitative specifice reacţiei traumatice la sistemele psihice şi/sau organice*" (1998, p. 43).

Se observă că termenul de stres nu acoperă problematica rănii psihologice, adică a consecinţelor negative asupra personalităţii umane pe care le vom prezenta mai detaliat în următoarele pagini.

De asemenea, cuvântul *posttraumatic* ar sugera că există un stres după traumă, deci, am putea reformula, după rană. Dar trauma presupune o desfăşurare procesuală şi nu se termină atunci când se finalizează un eveniment sau o situaţie traumatică, ori stresul respectiv apare uneori foarte mult timp după evenimentul traumatizant.

Tabelul 1. **Criterii diagnostice ale tulburării de stres posttraumatic după DSM IV:**

A. Persoana a fost expusă unui eveniment traumatic care îndeplineşte următoarele criterii:

1. persoana a trăit, a fost martoră sau a fost confruntată cu unul sau mai multe evenimente, care cuprindeau o moarte de facto sau ameninţarea cu moartea, o rănire gravă sau un pericol de pierdere a integrităţii corporale a propriei persoane sau a altora.
2. reacţia persoanei a cuprins frica extremă, neajutorarea sau indignarea. *Atenţie*: la copii aceasta se poate manifesta şi prin comportament dezorganizat sau agitat.

B. Evenimentul traumatic a fost retrăit în mod persistent în cel puţin una din următoarele maniere:

1. amintiri recurente sau intruzive ale evenimentului, imaginilor, gândurilor sau percepţiilor.
Atenţie: la copiii mici pot avea loc jocuri în care se exprimă în mod repetat teme sau aspecte ale traumei.
2. vise recurente, apăsătoare despre eveniment.
Atenţie: la copii pot apărea vise puternic înfricoşătoare fără conţinut recognoscibil.
3. a acţiona sau a se simţi ca şi cum evenimentul traumatic s-ar întoarce (retrăirea sentimentului, evenimentului iluzii, halucinaţii şi episoade flash-back disociative, inclusiv cele care apar la trezire şi la intoxicaţii).
Atenţie: la copiii mici poate avea loc o nouă înscenare specifică traumei.
4. suprasolicitare psihică intensă la confruntarea cu stimuli externi sau interni cu putere de indiciu care simbolizează un aspect al evenimentului traumatic sau care amintesc de unele aspecte ale acestuia.
5. reacţii somatice la confruntarea cu stimuli-indiciu interni sau externi, care simbolizează un aspect al evenimentului traumatic sau care amintesc de aspecte ale acestuia.

C. Evitare persistentă a stimulilor legaţi de traumă, sau o aplatizare a reactivităţii generale (care nu a existat înainte de traumă).
Există cel puţin trei din următoarele simptome:

1. evitare conştientă a gândurilor, sentimentelor sau expresiilor verbale care sunt legate de traumă,
2. evitare conştientă a activităţilor, locurilor sau oamenilor care pot trezi amintirea traumei,
3. incapacitate de a-şi aminti un aspect important al traumei,
4. interes în mod clar diminuat sau participare diminuată la activităţile importante,
5. sentimentul de rătăcire sau de înstrăinare de alţii,
6. îngustarea paletei afectelor (de exemplu, incapacitate de a simţi afecte tandre),
7. sentimentul unui viitor îngustat (de exemplu, nu se aşteaptă să aibă carieră, căsnicie, copii sau o viaţă normal de lungă).

D. Simptome persistente de arousal sporit (care nu existau înainte de traumă). Apar cel puţin două din următoarele simptome:

1. dificultate de a adormi sau de a menţine somnul,
2. iritabilitate sau izbucniri de mânie,

3. dificultăţi de concentrare,

4. stare supradimensionată de trezie (hipervigilenţă),

5. reacţii de teamă exagerată.

E. Tabloul trăsăturilor (simptome sub criteriul B, C sau D) durează mai mult de o lună.

F. Tabloul tulburărilor produce într-un mod clinic semnificativ suferinţă sau jenă în funcţiile sociale, profesionale sau alte domenii importante.

Acut atunci când simptomele durează mai puţin de 3 luni

Cronic atunci când simptomele durează mai mult de 3 luni

Cu debut insidios atunci când debutul simptomelor are loc la cel puţin 6 luni de la factorul stresant.

Evenimentele şi situaţiile traumatice

Evenimentele traumatice sunt definite de DSM III-R ca evenimente care se află în afara orizontului normal de aşteptare şi astfel reprezintă pentru aproape toţi oamenii un stres sever Am redat mai jos din DSM III-R scala factorilor sociali de stres la copii (vezi tabelul 2) şi la adulţi (vezi tabelul 3).

Tabelul 2. **Scala factorilor sociali de stres la copii şi adulţi** - sursa DSM III-R

Cod	**Concept**	**Exemple de factori stresanţi: Evenimente acute**	**Circumstanţe de viaţă mai durabile**
1	nu există factori stresanţi	nu există evenimente acute care să fie în relaţie cu tulburarea	nu există circumstanţe de viaţă mai durabile care să fie în relaţie cu tulburarea
2	Uşor	despărţirea de un prieten sau prietenă, schimbarea de şcoală	aglomeraţia în condiţiile de locuit, certuri familiale
3	Mediu	exmatriculare, naşterea unui frate sau a unei surori	boala cronică şi invalidantă a unui părinte, certuri constante ale părinţilor
4	Sever	despărţirea părinţilor, sarcină nedorită, arest	părinţi severi sau represivi, boala cronică şi mortală a unui părinte, diferite internări în spitale şi sanatorii
5	foarte sever (extrem)	abuz sexual sau maltratare corporală	moartea unui părinte abuz sexual repetat sau maltratare corporală
6	Catastrofal	moartea ambilor părinţi	boala cronică mortală
0	informaţii insuficiente sau nici o modificare a stării		

Tabelul 3. **Scala severităţii factorilor psihosociali de stres la adulţi -** sursa DSM III -R

Cod	Concept	Exemple de factori stresanţi: Evenimente acute	Circumstanţe de viaţă mai durabile
1	nici un factor stresant	Nu există evenimente acute care să fie în relaţie cu tulburarea	nu există circumstanţe de viaţă mai durabile care să fie în relaţie cu tulburarea
2	Uşor	ruperea relaţiilor cu un prieten sau prietenă; începerea sau sfârşitul şcolii; copilul părăseşte casa părinţilor	aglomeraţie în condiţiile de locuit; certuri familiale
3	Mediu	căsătorie, separarea de partener sau parteneră; pierderea locului de muncă; pensionare, avort spontan	probleme maritale, dificultăţi financiare, certuri cu superiorii statutul de părinte unic
4	Sever	divorţ, naşterea primului copil	şomaj, sărăcie
5	foarte sever (extrem)	moartea partenerului sau partenerei, diagnosticarea unei maladii somatice grave, starea de victimă a unei violenţe, propria maladie cronică severă sau a unui copil	maltratare corporală durabilă sau abuz sexual
6	catastrofal	moartea unui copil, sinuciderea partenerului sau partenerei, dezastru natural	luarea ca ostatic, prizonieratul într-un lagăr de concentrare
0	informaţii insuficiente sau nici o modificare a stării		

Consider ca fiind traumatizante şi extrem de traumatizante doar acele evenimente care produc un stres sever şi catastrofal, nivelul 5 şi 6, după clasificarea dată de DSM III-R.

Cu siguranţă însă, evenimentele traumatizante nu se produc izolat, ele putând apare simultan în viaţa unei persoane. Astfel, putem vorbi de *monotraumatizare*, când este vorba de un singur eveniment traumatizant şi *politraumatizare*, când persoana trece prin două sau mai multe evenimente traumatizante în acelaşi timp (de exemplu, într-un accident de maşină o femeie este grav rănită şi află că soţul ei nu a supravieţuit acelui accident).

Timpul scurs între două sau mai multe evenimente traumatizante vor fi şi ele o variabilă importantă în analiza reacţiilor şi procesului traumatic pe care le travesează persoana. Astfel se diferenţiază traumatizarea cumulativă şi traumatizarea secvenţială. *Traumatizarea cumulativă*, definită de Masud Khan (1963) se referă la o succesiune în timp de evenimente traumatice ale căror consecinţele rămân la un nivel profund, inconştient, slăbind forţele de recuperare eului. Apare o traumă severă care afectează personalitatea în întregul ei sistem. *Traumatizarea secevnţială* a fost descrisă de Keilson (1979, apud, Fischer şi Riedesser, 1998, p. 122) ca *„politraumatizare repartizată temporal*", dar fiecare rană este redeschisă cu fiecare nou val de experienţe traumatice.

Importantă este însă şi diferenţierea între *evenimentul traumatizant* de *situaţia traumatizantă*. Aceasta din urmă cuprinde şi mediul în care se află subiectul, persoana care trece prin evenimentul respectiv. *„Într-o viziune dialectică a conceptului de situaţie, factorii situaţionali se leagă întotdeauna de subiectul care trăieşte şi acţionează*" (G. Fischer şi P. Riedesser, 1998, p. 63). Persoana trăieşte o *anume* situaţie traumatică în particularitatea ei istorică şi individuală, astfel că încercările persoanei de a o depăşi sunt profund dependente de această experienţă individuală. Semnificaţia dată evenimentului respectiv, caracteristicile persoanei, momentul apariţiei evenimentului, tipul, numărul şi caracteristicile persoanelor prezente în timpul evenimentului vor da nuanţe aparte situaţiei traumatice cu care se confruntă persoana. De aceea, întotdeauna situaţiile traumatizante vor fi diferite de la individ la individ, chiar dacă evenimentul traumatizant va fi acelaşi.

În aceste condiţii psihologii germani Gottfried Fischer şi Peter Riedesser vorbesc despre existenţa unei *teme situaţionale traumatice centrale* care reprezintă *„rezultatul interferenţei factorilor situaţionali subiectivi cu aşteptările subiective*" (1998, p. 65). Această temă trebuie să fie văzută la unii indivizi în mod *actual-genetic* pornind de la desfăşurarea momentană a situaţiei, iar la alţii în semnificaţia şi geneza sa pentru istoria de viaţă.

Este foarte dificil de identificat momentul în care ia sfârşit o situaţie traumatică. Obiectiv vorbind, ea se termină cănd dispare ameninţarea reală, dar subiectiv, ea durează mult mai mult. Este mai mult decât evident că timpul singur nu poate vindeca nici o rană, cu atât mai mult una psihică. Dacă situaţia traumatică a fost determinată de oameni, atunci este foarte probabil ca situaţia traumatică să ia sfârşit atunci când se reechilibrează relaţia interumană şi morală prin recunoaşterea vinovăţiei şi a responsabilităţii. Pentru dizolvarea şi depăşirea

situaţiilor traumatice *„sunt importante recunoaşterile vinovăţiei, reparaţiile, dar şi cererile de expiere şi pedeapsă*" (Fischer, Riedesser, 1998, p.70)

Situaţiile vor fi diferenţiate din punct de vedere al potenţialului traumatogen în funcţie de câţiva factori:

- *gradul de control* pe care persoana îl mai poate avea asupra propriei persoane sau asupra situaţiei: într-o situaţie de violenţă domestică gradul de control poate fi mai mare decât în situaţia unui deces al partenerului;

- *gradul de imprevizibilitate*: decesul brusc al personei iubite este, de regulă, mai traumatic decât un deces care survine după o boală îndelungată;

- *numărul persoanelor aflate în acceaşi situaţie traumatică*: faptul că mai multe persoane sunt afectate de o calamitate naturală face ca situaţia să fie percepută uneori mai puţin gravă decât dacă doar un singur om ar fi în acea situaţie; apare un sentiment de apartenenţă la grup care se constituie într-un factor protector;

- *gradul de afectare al celor din anturaj*: atunci când persoana este traumatizată şi îi vede şi pe cei din jur la fel de afectaţi de situaţia respectivă sentimentul de neputinţă şi neajutorare va fi şi mai pronunţat;

- *modul de participare în situaţie, direct sau indirect*: o persoană poate fi traumatizată nu doar dacă trece ea printr-o situaţie traumatizantă, ci şi dacă o rudă, prieten, coleg, etc., va trece printr-o astfel de situaţie. În literatura de specialitate întâlnim termenul de *traumatizare vicariantă* pentru a denumi suprasolicitarea emoţională a celor care îi ajută pe cei traumatizaţi, cum ar fi medici, psihologi, poliţişti, personalul de pe salvări sau echipe de intervenţii în caz de catastrofe, accidente.

- *relaţia cu persoana care induce trauma*: mult mai traumatice sunt situaţiile în care persoana traumatizată suferă din pricina unui eveniment sau factor traumatic indus de o persoană cunoscută, chiar apropiată emoţional, cum ar fi un partener, părinte, copil, prieten etc. Aici este zdruncinat profund sentimentul de încredere în relaţii, dar şi în

propriile capacităţi de evaluare şi înţelegere a pericolului, a propriei persoane şi a lumii în general.

Ca urmare, îl putem aminti aici pe Green (1993, apud Fischer şi Riedesser, 1998), care a enumerat 8 factori situaţionali care provoacă efecte traumatice, individual sau împreună:

1. ameninţarea integrităţii corporale şi a vieţii
2. vătămările sau rănirile corporale severe
3. a fi expus unei răniri sau vătămări intenţionate
4. confruntarea cu corpuri umane diforme
5. pierderea violentă sau bruscă a unei persoane iubite
6. observarea violenţei împortiva unei persoane iubite sau informare despre aceasta
7. informarea că individul este sau a fost el însuşi expus unui stimul nociv de mediu
8. vinovăţia faţă de moartea sau severa vătămare a altora.

Trauma psihică

Când vorbim de *traumă psihică*, ne referim la consecinţele în plan psihic ale evenimentelor şi situaţiilor traumatice. Este vorba de *rana* produsă în interiorul sistemului nostru de personalitate, de la cele mai superficiale nivele, la cele mai profunde. Rana este de fapt o *pierdere*, o *rupere* a integrităţii personalităţii. Consecinţele pot fi extrem de dureroase şi de perturbatoare, dar ele vor putea constitui bazele unor transformări psihologice atât negative, cât şi pozitive pentru persoana care a suferit. Mă voi ocupa în această lucrare atât de efectele negative, cât şi, sau mai ales, de cele pozitive ale traumelor psihice.

Pentru început am în vedere câţiva autori care consider că au contribuit la clarificarea termenului de traumă psihică. Aceştia sunt psihologii nemţi Gottfried Fischer şi Peter Riedesser şi psihologul australian Francis Macnab.
Iată cum definesc G. Fischer şi P. Riedesser trauma psihică: **o experienţă vitală de discrepanţă între factorii situaţionali ameninţători şi capacităţile individuale de stăpânire, care este însoţită de sentimente de neajutorare şi abandonare lipsită de apărare şi care duce astfel la o prăbuşire de durată a înţelegerii de sine şi de lume.**

Această definire pune accentul pe două mari elemente: *situaţia* în care se află persoana, situaţie ce este percepută ca ameninţătoare pentru integritatea sa psihologică, iar pe de altă parte *capacităţile de stăpânire*, de a gestiona situaţia, în sensul păstrării unui anumit nivel de control al situaţiei cu care se confruntă subiectul. Această discrepanţă nu este una superficială, ci una care afectează profund modul în care omul înţelege lumea şi pe sine însuşi, în special prin puternicul sentiment de neputinţă, neajutorare şi lipsă de apărare care însoţeşte întreaga paletă a trăirilor sale.

În lucrarea sa apărută în 2000, *„Traumas of Life and Their Treatment"*, Francis Macnab afirmă că fiecare persoană traumatizată prezintă de multe ori mai multe tipuri de traume. De aceea, este important să fie stabilită aşa-numita traumă centrală. *Trauma centrală* este acea traumă care *afectează cel mai puternic persoana*, deci rana psihologică cea mai adâncă şi mai perturbatoare. O dată ce trauma centrală a fost identificată, toate celelalte traume, deoarece un eveniment traumatizant poate atrage după sine mai multe traume, pot fi percepute şi tratate efectiv ca fiind secundare.

Identificarea traumei centrale este vitală pentru o analiză contextuală şi pentru toate formele de psihoterapie scurtă integrativă. O dată ce persoana recunoaşte trauma centrală, ea sesizează elementele esenţiale ale procesului terapeutic, şi vede cum, pe măsură ce terapia asupra traumei centrale avansează, celelalte traume vor deveni părţi ale lucrului terapeutic.

Iată cele şase traume centrale pe care o persoană le poate experimenta în viaţă, aşa cum au fost formulate ele de Francis Macnab (2000, p. 27 - 31):

1. *Ameninţarea la adresa vieţii persoanei şi a pattern-urilor de trai*. Unele evenimente traumatizante afectează modul de viaţă al persoanei mai puternic decât altele, deşi toate aduc o schimbare bruscă a pattern-urilor de viaţă. Războaiele, dezastrele naturale, violenţa, tâlhăriile sunt în acelaşi timp ameninţări specifice, dar şi difuze la adresa vieţii persoanei. Simptomele, aşa cum sunt specificate ele în DSM IV, pot fi tratate toate, dar ele sunt secundare faţă de ameninţarea primară, deoarece efectele în urma acestor evenimente afectează nu doar persoanele implicate, ci şi relaţii interpersonale, instituţii, organizaţii ale comunităţii, mediul de lucru etc. Totuşi, trauma centrală este perceperea unei ameninţări la adresa vieţii şi la adresa integrităţii pattern-urilor de trai.

2. *Ameninţarea integrităţii şi coerenţei eului.* Apare clar în situaţii de invazie sexuală, viol, abuz. Se referă la întreruperea dezvoltării şi creşterii, la o discrepanţă între „cine sunt” şi „cine mă aştept să fiu”. De asemenea, apare în tulburarea de stres posttraumatic datorată torturii. Persoana a supravieţuit, dar a rămas cu lupta pentru recâştigarea unei coerenţe de sine după umilinţă, încarcerare, tortură, şi cu zdruncinarea firească a mecanismelor de defensă, a rezistenţelor şi stabilităţii mentale.

3. *Pierderea unei relaţii semnificative.* Se produce în situaţii de deces, divorţ, separare şi alienare. Poate apare şi în situaţiile în care un membru al familiei părăseşte casa familială pentru a se stabili în altă parte. Pentru unii, acesta este un fapt normal de viaţă, dar alţii îl percep ca pe o rupere majoră a legăturilor emoţionale. Alte relaţii se pot, de asemenea, modifica drastic; apar depresii, idei suicidare, comportamente hetero- şi auto-agresive. Relaţia se referă atât la persoane, cât şi la obiecte sau animale înalt semnificative pentru individ.

4. *Întreruperea funcţionării normale a persoanei.* Se întâlneşte foarte des la supravieţuitorii accidentelor rutiere, casnice şi de muncă. Unele persoane beneficiază de pe urma rănilor prin compensaţii băneşti, dar pentru altele durerea şi disabilitatea persistentă tulbură sănătatea, fericirea şi starea de bine. Cu atât mai clar se remarcă această traumă la persoanele care au suferit modificări semnificative ale corpului sau desfigurări. Primul scop al acestor persoane este acela de a recâştiga cel puţin nivelul funcţional de bază, şi în cazul lor acceptanţa şi integrarea imaginii corporale schimbate vor fi secundare, căci nici anxietatea referitoare la imaginea corporală nu va fi dominantă.

5. *Pierderea viziunii asupra vieţii.* Apare des la refugiaţi, care au trecut prin evenimente traumatizante grave şi pe o perioadă mai lungă de timp. De exemplu, femeile croate şi bosniace care au suferit violuri multiple de grupuri de soldaţi, care au fost obligate să îşi privească fiicele în timp ce erau violate şi ele sau au fost martorele uciderii soţilor şi fiilor lor, fără case, bani, identitate au pierdut orice simţ al unei lumi drepte. Credinţa lor într-un sentiment umanitar de bază a fost devastată. Când oamenilor li se distruge atât de mult viziunea asupra vieţii, este de aşteptat să întâlnim la ei simptome, nevoi şi tulburări care reflectă dezastrul intern şi catastrofele sociale. Ei au nevoie de

ajutor terapeutic, dar mulţi dintre ei îl vor evita sau refuza tocmai datorită incapacităţii de a mai acorda un sens experienţei lor şi de a crede într-o posibilă perspectivă pozitivă asupra vieţii şi lumii lor.

6. *Perturbarea expansivităţii sufletului în contextul vieţii.* Se întâlneşte la persoanele traumatizate sever care se simt alienate de propriul sistem de credinţe, de tot ce credeau despre ele că sunt. Se simt depărtate de asemenea de ceea ce le aparţineau cândva şi privaţi de surse de suport şi inspiraţie. Aceste persoane pot fi cele care au pierdut un membru al familiei prin suicid, la cele supuse unor abuzuri fizice, sexuale, emoţionale grave încă din timpul copilăriei timpurii, la cei care sunt atât de devastaţi încât nici un ajutor nu mai pare relevant sau nu pot găsi o cale de revenire. Pentru unii specialişti, această traumă ar fi un semn al amintirilor reprimate, mai ales în cazurile unde se suspectează un eveniment traumatizant în perioada infantilităţii sau a copilăriei. Principalele manifestări ale acestui tip de traumă sunt pierderea simţului de a fi viu, de a fi mobil, expansiv, de a fi parte a lumii întregi.

Sigur, ne putem întreba, alături de F. Macnab dacă nu cumva stabilirea acestor traume centrale nu reprezintă încercarea cercetătorului şi a terapeutului de a-şi controla propriile anxietăţi în faţa inconsistenţelor, fricilor şi destructurării cu care se prezintă persoanele traumatizate; sau poate încercarea terapeutului de a oferi un sistem de lucru cu povestea tulburătoare pe care o aude. Dincolo de aceste întrebări, cele şase traume centrale îşi găsesc utilitatea în procesul terapeutic prin faptul că deschid larg accesul la explorarea reflecţiilor şi poveştilor pe care le dezvăluie clienţii. Ele încurajează persoana să conştientizeze care este trauma majoră care stă în spatele naraţiunii sale, pentru ca în felul acesta să îşi construiască împreună cu terapeutul un plan de recuperare sau chiar îmbunătăţire a propriei personalităţi şi a relaţiilor cu ceilalţi. Astfel, în haosul creat de evenimentul traumatizant, terapeutul are şansa de a încuraja contactul clientului cu propriile sale resursele personale, sociale şi spirituale, poate chiar cu unele care ar fi stat ascunse dacă nu ar fi existat acea traumă.

Reacţiile la traumă

Rana produsă de evenimentul traumatizant este un amestec complex de reacţii care afectează multe niveluri ale psihicului uman. Pentru a face o evaluare rapidă a rănii, merită analizate reacţiile pe cel puţin în funcţie de următorii indicatori:

- Nivelul de funcţionare (pe plan fizic, psihic, social, spiritual)
- Viaţa afectivă
- Centrarea pe sine şi imaginea de sine
- Viziunea asupra viitorului
- Sentimentul de împlinire

Aceşti indicatori vor ghida ascultarea poveştii clientului care se adresează terapeutului şi vor permite organizarea informaţiilor referitoare la reacţiile pe care le manifestă clientul. Îmbinarea informaţiilor culese prin intermediul acestor indicatori vor permite terapeutului să *conceptualizeze* cazul, adică să facă nu doar evaluarea psihologică a clientului său, ci să înţeleagă cum a ajuns să funcţioneze şi să aibă un astfel de echilibru/dezechilibru psihic şi să stabilească, să construiască *planul terapeutic*.

Voi prezenta mai jos câteva dintre reacţiile la traumă, în detaliu (parţial cuprinse în DSM IV), într-o manieră structurată, deşi aceste reacţii se îmbină într-o constelaţie unică fiecărei persoane traumatizate:

- În sfera FIZIOLOGICĂ: amorţirea responsivităţii generale (fizică sau psihică), nivel de excitare foarte crescut (arousal sporit – reacţii exagerate şi imediate la stimulii obişnuiţi), tremor, insomnie, plâns, lipsa apetitului ce duce la scăderea greutăţii corporale, manifestări neurovegetative: palpitaţii, tahicardie, hiperhidroză, paloare, scăderea sistemului imunitar (de unde frecvenţa crescută a diverselor boli); pot exista şi reacţii haotice, dezorganizate, catatonie, stupor, blocaje motorii, pierderea controlului sfincterian, etc. Din punct de vedere psihofiziologic, Wilson (1989) stabileşte trei faze: 1. supraexcitaţie, 2. evitare/depresie, 3. balans. *„După stadiul actual de cercetare, în supraexcitaţie ratele substanţelor catacholaminergice, ca noradrenalina, serotonina sau dopamina sunt extrem de ridicate. Acum se formează mai multe substanţe colinergice, cum sunt cortizolul şi acetilcolina, care pe plan psihic stau probabil în relaţie cu depresia şi comportamentul de evitare şi îngreunează în acelaşi timp percepţia sentimentelor. În stările balansate sau modulate*

afectiv există, dimpotrivă, un relativ echilibru între subsistemele neuronale energotrope şi trofotrope. După Wilson, predominarea supraexcitaţiei sau reacţiei depresive de evitare depinde printre altele de variabilele pretraumatice de personalitate. Personalităţile active, dominante înclină, în cazul unei traume, mai degrabă către excitaţie printre altele cu consecinţa tulburărilor de somn, în timp ce personalităţile pasive, orientate către siguranţă şi dependente de autoritate, tind către retragere şi reacţii depresive” (Fischer, Riedesser, 2001, p. 134-135).

- În sfera EMOŢIILOR (aici sunt cele mai puternice reacţii): amorţire emoţională (care are ca funcţie evitarea unei inundari emoţionale căreia persoana nu i-ar putea face faţă), dar şi furtună emoţională: temeri, groază, diverse anxietăţi, fobii, depresie, disperare, lipsă de speranţă, neputinţă, neajutorare, melancolie, regret, singurătate, tristeţe, furie, ură, vinovăţie, dezaprobare, neîmplinire şi gol existenţial; se manifestă forme diverse de clivaj emoţional, dificultăţi de reglare, gestionare şi control emoţional. Furtuna emoţională este denumită *„durere emoţională*” şi este percepută ca fiind mult mai greu de suportat, de tolerat decât cea fizică. De aceea, reabilitarea emoţională va fi unul dintre primele obiective în ajutorarea persoanelor traumatizante. Este adevărat însă că această durere are o caracteristică importantă: *adezivitatea*; o denumesc aşa deoarece persoana renunţă greu la ea, ba chiar se agaţă de ea într-o încercare nevrotică de a rămâne în contact cu ceea ce a pierdut. Pe de altă parte, durerea emoţională aduce cu ea uneori şi anumite avantaje, numite şi „beneficii secundare” care vor împiedica persoana să îşi restabilească controlul emoţional şi echilibrul psihic.

- În sfera COGNIŢIILOR: flash-back-uri, amintiri, coşmaruri - aceste intruziuni au rolul de a facilita integrarea traumei în structura de personalitate; apar ruminaţii, gânduri culpabilizatoare, catastrofizante, negative, tendinţa de a uita, de a reprima, de a nega pentru a nu mai simţi durerea, depersonalizare, derealizare, scindare, ideaţii suicidare. Apar erori de percepţie a ccea ce se întâmplă, a propriei responsabilităţi în situaţia traumatică (fie supraresponsabilizare şi autoculpabilizare, fie eliminarea oricărei responsabilităţi sau participări), atribuiri eronate de cauze şi explicaţii ale evenimentului traumatic. Foarte semnificativ este faptul că trauma produce o puternică zguduire a sistemului de valori şi de credinţe ale persoanei despre sine, alţii şi despre lume; ea duce la o zdruncinare durabilă a înţelegerii de sine şi a lumii, mai mult sau

mai puţin cuprinzătoare. Este afectată imaginea şi stima de sine, precum şi capacitatea de a-şi imagina/proiecta vreun viitor. Sunt multe modificări în sistemul memoriei şi acest lucru a născut multe dezbateri în literatura de specialitate faţă de aşa-numitul fenomen al amintirilor false.

- În sfera COMPORTAMENTALĂ: persoana se poate izola sau poate deveni agresivă, pretenţioasă, cicălitoare, haotică, poate renunţa la unele activităţi, la viaţa socială, poate apela la abuz de alcool, droguri, tutun sau poate să se suprasolicite profesional sau familial pentru a nu mai avea timp şi forţă să simtă durerea. Sunt des întâlnite şi tentativele suicidare. Merită subliniat încă o dată aici că există tendinţa la repetiţie a acţiunilor care refac trauma/rana, fie la propria persoană, fie la alţii (de exemplu, ciclul violenţei: victime ale abuzurilor vor abuza şi ele la rândul lor alte persoane, pentru a se descărca de efectele traumatizante).

Toate aceste reacţii se combină, se potenţează sau se inhibă reciproc, se amestecă cu factori protectivi sau corectori din mediu şi din personalitatea persoanei afectate. Dacă rana nu poate fi vindecată, atunci psihicul uman va încerca să trăiască cu rana, fără însă să o asimileze, integreze, şi asta dă naştere *procesului traumatic*. De aceea, trauma trebuie abordată şi înţeleasă doar în raport cu istoria de viaţă a persoanei, cu trecutul şi prezentul ei, iar procesul traumatic va fi necesar să fie înţeles şi din perspectiva viitorului, adică a acelor factori care vor interveni imediat după producerea rănii psihologice (după eveniment).

Din punctul de vedere al lui Mardi Horowitz, psihanalist american şi unul dintre primii cercetători ai traumelor, consideră că reacţia post-expozitorie trece prin mai multe faze; reacţia traumatică este varianta patologică de răspuns la expunerea la evenimentul traumatizant, iar varianta normală este denumită *stres response.*

Fazele sunt următoarele (apud Fischer şi Riedesser, 1998, p.89-90):

- *Faza expozitorie peri-traumatică* – răspunsul normal este format din ţipete, teamă, doliu, şi reacţie de mânie. Starea patologică a experienţei este desemnată ca *inundare* cu impresii copleşitoare. Persoana afectată este cuprinsă de o reacţie

nemijlocită şi se află adesea încă mult timp după aceea într-o stare de panică, respectiv, epuizare, care ia fiinţă din reacţiile emoţionale care escaladează.

- *Faza (respectiv starea) de negare.* Cei afectaţi se apără împotriva amintirilor din situaţia traumatică. Varianta patologică: comportament extrem de evitare, eventual susţinut de folosirea de droguri şi medicamente pentru a nu fi obligat să trăiască durerea sufletească.

- *Faza (respectiv starea) de invazie a gândurilor sau imaginilor mnezice.* Varianta patologică: trăiri cu gânduri şi imagini mnezice ale traumei care se impun.

- *Faza (respectiv starea) de perlaborare.* Aici cei afectaţi se confruntă cu evenimentele traumatice şi cu reacţia lor personală.

- *Concluzie relativă (completion).* Un criteriu este capacitatea de a-şi putea reaminti situaţia traumatică în cele mai importante părţi ale sale, fără a se gândi compulsiv la acestea.

Variantele patologice ale ultimelor două faze sunt *frozen states*: stări de încremenire cu simptome psihosomatice, ca senzaţii corporale false de diferite naturi şi pierderea speranţei de a putea perlabora şi concluziona experienţa traumatică; mai departe, alterări de caracter ca o încercare de a nu mai trăi subiectiv cu experienţa traumatică imposibil de stăpânit. Comportamentele de evitare extinse se transformă cu timpul în trăsături fobice de caracter. Tulburarea capacităţii de muncă şi de a iubi poate fi văzută ca un semn al alterării caracteriale provocată de traumă”.

Dacă ne raportăm la evoluţia în timp a reacţiilor traumatice, putem diferenţia trei mari faze:

- Faza de *şoc* – care durează de la câteva ore la câteva zile. După această perioadă devine posibilă perceperea mai realistă a situaţiei traumatice. De regulă, apare o stare de amorţire, persoana fiind incapabilă să simtă ceva, atât pe plan emoţional, cât şi pe plan fiziologic.

- Faza de *negare* – persoana nu poate crede ceea ce s-a întâmplat, deşi percepe evenimentul şi situaţia. Nu poate crede nici ceea ce s-a întâmplat înainte de eveniment, mai ales dacă atunci au existat semne că evenimentul se va produce. Se produc modificări ale percepţiei timpului, spaţiului, apar percepţii noi, cum ar fi vederea în tunel, experienţe de derealizare şi depersonalizare, cu atât mai puternice, cu cât suprasarcinile sunt mai mari.
- Faza de *acţiune* – poate dura până la două săptămâni, o lună. Apare ca sentiment predominant furia, îndreptată asupra celor din jur, inclusiv asupra celor care ajută persoana. Apoi se instalează o stare depresivă, în care persoana se îndoieşte de sine, de viitorul său, de capacitatea sa de a depăşi şi integra trauma. Se accentuează autoculpabilizarea sau vinovăţia supravieţuitorului (nu merita să trăiască). Consecinţele sunt tulburările de somn, de memorie, cele emoţionale, dificultăţile de continuare a activităţilor obişnuite.
- Faza de *descărcare* – dacă toate manifestările menţionate anterior persistă, atunci nu se poate ajunge la această fază, persoana având acum nevoie de ajutor profesionist. În acest moment, este nevoie ca subiectul să fie plasat într-un mediu liniştit, favorabil odihnei, relaxării şi detaşării de elemente specifice mediului traumatic. Nu întotdeauna este posibil însă acest lucru, ceea ce va duce la întreruperea fazei de descărcare şi deci, la retraumatizare. Acum intervin factorii de vulnerabilitate sau, cei protectori şi corectori, formaţi şi din modul de reacţie al celor din jur: aceştia pot sprijini, ajuta sau, dimpotrivă, să fie o povară suplimentară (nu înţeleg, judecă, acuză, sau, dimpotrivă suferă şi ei foarte mult).

În urma traumei, persoana va elabora o „*schemă a traumei*” (Fischer şi Riedesser, 1998, p.68) care cuprinde schema de percepţie şi acţiune activată în momentul traumatizării. În memorie, experienţa traumatică se păstrează ca o acţiune incompletă, întreruptă, cu tendinţă la fugă sau luptă. Acest lucru se va păstra în timp, ceea ce va cere acţiuni de revenire pentru reluarea vechilor reacţii. Aşa se explică unele reacţii ale subiecţilor care nu înţeleg acţiunile, de exemplu temerile aparent nejustificate din fobii şi atacuri de panică. Schema traumei are şi tendinţa la repetiţie, de unde acţiunile repetate ale persoanei care caută trauma. Evident, modul de structurare cognitivă a traumei va fi în acord cu dezvoltarea cognitivă a persoanei de la momentul traumatizării.

Pe de altă parte, fiecare persoană va încerca, în felul ei să controleze experienţa traumatică. Se pot naşte din aceste eforturi aşa numitele „*scheme compensatorii*”, cum le denumesc Fischer şi Riedesser. Acestea sunt modalităţi de interpretare a cauzalităţii traumei şi modalităţi de prevenire a viitoarelor cauze. De exemplu, o adolescentă violată de tânărul de care îi plăcea, dar pe care nu-l cunoştea, poate gândi: „dacă nu mă arătam interesată de el, atunci nu m-ar fi violat”. Astfel, această schemă creează imaginea unei tinere retrase, inhibate, cuminte. Aceste caracteristici conferă o aparentă protecţie împotriva unei repetări a situaţiei traumatice, dar şi a unei traumatizări prin amintirea elementelor din situaţia traumatică.

Schema traumei şi schema compensatorie vor fi pilonii procesului traumatic. Lor li se vor adăuga factorii corectori şi protectivi disponibili în timp şi această îmbinare va duce la modul în care persoana va perlabora trauma. Evident, este necesar ca acei factori protectivi şi corectori să fie cât mai rapid şi mai mulţi disponibili, dacă se poate imediat după traumatizare, pentru a evita cronicizarea traumei.

Momentul intervenţiei psihoterapeutice

Aşa cum afirmam mai sus despre traumatizarea psihică, procesul traumatic parcurge câteva etape care, datorită specificului lor, necesită intervenţii psihoterapeutice adecvate. Astfel, consider că există trei momente semnificative care vor modela diferit procesul psihoterapeutic:

- *înainte* de producerea traumei – astfel că vom avea intervenţii *preventive*;
- *imediat după* producerea traumei – când va fi nevoie de intervenţii *în criză*;
- la o *perioadă mai lungă de timp după traumatizare* – când vom putea vorbi de *psihoterapia traumei*.

Intervenţiile preventive au rolul de a împiedica sau înlătura producerea unui eveniment cu potenţial traumatic sau a împiedica producerea sau extinderea unei traume, în cazul apariţiei totuşi a unui astfel eveniment. Organizaţia Mondială a Sănătăţii vorbeşte despre trei tipuri de prevenţii, fiecare cu obiectivele ei:

- una *primară*: care vizează pregătirea oamenilor pentru o situaţie traumatică, cu scopul de a împiedica traumatizarea psihică;
- una *secundară*, care se suprapune cu intervenţiile în criză, urmărind să atenueze efectele unui eveniment care a avut loc;
- una *terţiară*, care îşi propune să limiteze traumatizarea psihică ce tocmai s-a produs.

În România, există puţine programe de prevenţie a traumatizării psihice, astfel încât există mult loc de exprimare şi dezvoltare pentru specialiştii din domeniu. Condiţia de bază este însă conştientizarea de către factorii de decizie din domeniul psihologiei clinice şi al consilierii şi psihoterapieie a nevoii de pregătire în aria psihotraumatologiei. Apoi, al doilea pas îl consider a fi elaborarea şi implementarea unor programe speciale şi coerente pentru toate categoriile de persoane: copii, adolescenţi, adulţi, părinţi, bunici, vârstnici etc. Scopurile acestor programe ar putea fi:

- schimbarea mentalităţii cu privire la limitele şi resursele psihicului uman, la procesul traumatizării, la evenimentele traumatice şi potenţialul lor;
- antrenarea unor abilităţi cognitive, emoţionale, comportamentale, relaţionale care pot constitui resurse comensatorii în traumatizarea psihică;
- dezvoltarea unor reţele informative şi formative la care oamenii să poată avea acces oricând au nevoie de răspunduri la întrebări.

Intervenţiile în criză au loc imediat după producerea evenimentului traumatic şi îşi propun limitarea efectelor traumatizării psihice. Ele trebuie să aibă în vedere următoarele elemente:

- *asigurarea rapidă a securităţii fizice şi a funcţionării celor traumatizaţi* – asta presupune plasarea persoanelor cât mai departe de locul unde s-a produs traumatizarea şi în acelaşi timp într-un spaţiu care să faciliteze sentimentul de siguranţă fizică şi psihică, atât pentru persoana traumatizată, cât şi pentru cei care oferă ajutor.
- *susţinerea emoţională a persoanei traumatizate* – ceea ce presupune comportamente înalt empatice, de acceptare necondiţionată a efectelor traumei, în special a emoţiilor şi a mecanismelor de apărare care apar imediat după traumatizare şi care sunt necesare perlaborării traumei. De multe ori, persoana îşi face griji referitoare la reacţiile sale incontrolabile, ceea ce agravează traumatizarea, astfel că cei care ajută trebuie să le ofere acestora atât acceptare, cât şi posibilitatea unei verbalizări care facilitează

procesul de vindecare, în special prin evitarea fie a inundării cu reacţii emoţionale, fie a negării rigide.

- *oferirea posibilităţii de a înţelege etapele reacţiilor traumatice* – astfel va fi stimulat procesul de vindecare prin limitarea traumei. Dacă în celelalte două elemente menţionate mai sus, aproape oricine poate fi o persoană de ajutor, aici este nevoie cu adevărat de specialişti în domeniul psihotraumatologiei deoarece este necesar a se deosebi reacţiile normale de cele complicate sau patologice.

Psihoterapia traumei va urmări vindecarea rănilor psihice prin stimularea resurselor compensatorii, a mecanismelor de interreglare a acestora, atât de mult cât aceasta va fi posibilă. Ştergerea urmelor traumatizării psihice este imposibilă. Ceea ce este însă posibil este integrarea rănii în structura de personalitate, care să permită o bună funcţionare fizică şi psihică şi o bună adaptare la realitatea în care se află persoana.

În cadrul intervenţiilor asupra traumelor psihice merită însă să fie luate în calcul mai multe aspecte, pe care diverşi autori le-au evidenţiat în lucrările lor (Fischhoff, 1975, Fisher, Riedesser, 1998, Macnab, 2000), şi care dau un anumit specific lor, spre deosebire de consiliere, dezvoltare personală sau abilitare:

- orice traumă a clientului are potenţialul de a reactiva traume similare ale psihoterapeutului, ceea ce se va repercuta asupra modului în care va ghida procesul terapeutic; de aceea, este nevoie de o analiză personală profundă şi de durată a terapeutului, în care acesta să îşi abordeze cât se poate de mult propria sa istorie traumatică. Aici putem întâlni aşa numitul „altruism” al celui care ajută, în sensul că cei care devin terapeuţi „dedicaţi” sunt cei care de fapt îşi repară propriile răni în stima de sine – aşa cum arătam şi în capitolul anterior. Problema este că mulţi dintre aceştia devin centraţi pe sine şi foarte narcisici, ajungând astfel în câteva tipuri de situaţii: consideră că doar ceea ce i-a ajutat pe ei îi va ajuta şi pe cei traumatizaţi, indicându-le acele orientări psihoterapeutice şi tehnici care le-au fost lor de folos; ajung să nege efectele traumelor clienţilor lor deoarece nu le-au identificat încă la ei sau să agraveze unele efecte pentru a semăna cu cele pe care ei înşişi le-au avut; evită să analizeze şi să abordeze unele aspecte ale traumei clientului din cauza anxietăţii pe care o resimt;
- există o tendinţă de culpabilizare a victimei sau de salvare/justificare a agresorului, adică victima poate fi percepută cel puţin jumătate de vinovată ca şi agresorul sau

clientul poate fi făcut vinovat pentru procesul de doliu complicat prin care trece, pentru simptomele pe care le dezvoltă, pentru ritmul lent pe care îl are în vindecare etc. Aici, mecanismul descris de Fischhoff şi rediscutat de Fischer şi Riedesser al efectului înşelător al retrospectivei este foarte important: el arată că un eveniment este mai plauzibil când aflăm că s-a întâmplat, chiar dacă el are loc întâmplător sau este extrem de puţin plauzibil. Astfel, terapeutul care cade pradă acestui fenomen, îşi imaginează că el ar fi putut fi mult mai prevăzător sau mai capabil, rapid sau echilibrat decât clientul său în situaţii similare. El câştigă astfel plăcere şi superioritate, apărându-se în acest fel de sentimentul de insecuritate şi neputinţă apărut din confruntarea cu traumele proprii şi cele ale clientului;

- există o altă tendinţă care se referă la atitudinea de blamare a părinţilor sau, dimpotrivă, de salvare a imaginii acestora, foarte importantă în procesele de doliu de pe urma pierderii părinţilor prin deces sau divorţ. Aceste atitudini polare sunt adânc înrădăcinate în gândirea oamenilor, iar ele se vor reflecta în atitudinea şi modalitatea de analiză a traumei de pierdere a clientului. Salvarea părinţilor apare în situaţia în care terapeutul a fost format într-o educaţie familială şi/sau culturală autoritară, unde critica adusă părinţilor de către copii şi încercările lor de a se extrage din acţiunile traumatice parentale nu sunt subiecte de abordat şi nici atât de încurajat. Acuzarea părinţilor, ca tendinţă opusă, favorizează atât la client cât şi la terapeut menţinerea într-un statut de victimă a ceea ce s-a întâmplat în relaţia cu părintele, ceea ce va îngreuna şi trena un proces de doliu şi deci, şi procesul terapeutic.
- datorită acestor două aspecte discutate mai sus, apare necesitatea echilibrului între atitudinea terapeutică se susţinere emoţională şi cea de provocare, de analiză. Aceste două tipuri de atitudini vor fi îmbinate, împletite astfel încât să permită clientului să dezvolte un sentiment de siguranţă şi încredere, dar şi să permită procesului de vindecare să aibă loc. Tot aici, consider necesar să fie folosită poziţia de abstinenţă.

Fischer şi Riedsser (1998, p. 187-190) menţionează **regulile din psihoterapia traumelor** pe care le consideră a fi cele mai importante, deoarece întrunesc un acord consistent între diverşi autori. Astfel, următoarele reguli sunt necesare şi merită să fie respectate:

1. Victima să fie acceptată non-judicativ (non-judgemental);
2. Intervenţia imediată şi ajutorul susţin procesul de descărcare, deci să fie puse la dispoziţia persoanei traumatizate cât mai rapid după taumatizare;

3. Terapeutul trebuie să se aştepte la reacţii contratransferenţiale masive;
4. Terapeutul să manifeste disponibilitate de se lăsa pus la încercare de către client;
5. În terapia traumei, transferul este un proces de reluare a legăturii (re-bonding);
6. Terapeutul să pornească de la ipoteza că simptomul de supraîncărcare psihotraumatică a fost provocat de evenimentul traumatic;
7. Informaţia despre natura şi dinamica reacţiilor traumatice este parte componentă a terapiei traumei;
8. Evenimentele traumatice pot să ducă la orice vârstă la alterări ale dezvoltării Eului şi identităţii;
9. Negarea, clivajul şi formele de disociere aparţin mecanismelor de apărare, care urmează unei traume psihice;
10. Încercările de autovindecare prin alcool sau droguri sunt răspândite, în cazul sindroamelor de suprasarcină posttraumatică;
11. Transformarea cu succes a experienţei traumatice poate avea drept consecinţă dezvoltarea unei trăsături pozitive de caracter;
12. Angajamentul social şi vorbitul despre traumă favorizează procesul de vindecare;
13. Transformarea traumei este un proces care durează toată viaţa, astfel încât răbdarea şi toleranţa vor fi două atribute extrem de importante ale terapeutului.

Persoana psihoterapeutului; caracteristicile unui bun psihoterapeut.

Cred că merită de la bun început menţionat că un psihoterapeut este în primul rând o persoană, un om, care, după o perioadă de timp în care trăieşte într-un anumit mediu, îşi formează un stil de viaţă, decide să îşi pună cunoştinţele şi abilităţile în slujba vindecării rănilor psihice ale semenilor săi. Spun asta deoarece este bine de reţinut că niciun psihoterapeut nu îşi poate anula propriile limite, vulnerabilităţi; important este ca el să şi le cunoască şi să ştie să îşi pună într-o ordine şi un echilibru potrivite pentru el şi profesia lui toate caracteristicile sale. El nu este un om cu toată viaţa în ordine, cu un perfect echilibru emoţional, nu este un superom, dar este suficient de echilibrat şi de format, antrenat, incât să facă diferenţa între difdicultăţile sale şi cele ale clienţilor cu care lucrează. O caliate de bază pe care doresc să o pun în evidenţă este calitatea personală, adică un psihoterapeut bun cred că este în esenţă un *om bun*, de calitate, de ţinută morală, dat fiind că această calitate este foarte greu de format prin programele de formare-training sau cele de supervizare în psihoterapie.

Majoritatea autorilor pune în evidenţă următoarele caracteristici ale unui bun terapeut (indiferent de orientarea terapeutică din care provine/lucrează terapeutul):

- Intelegenţă, pentru a putea fi format, specializat şi pentru a putea analiza procesul terapeutic;
- Capacitatea de conţinere a ceea ce aude, vede, simte în relaţia cu clientul său;
- Responsabilitatea pentru propria poziţie de terapeut, pentru eficienţa sa profesională, pentru eşecurile sale, pentru continua sa dezvoltare personală şi profesională;
- Capacitatea empatică, de a se transpune în trăirea clientului, ca şi cum ar fi acesta, dar fără a prierde din vedere condiţia de „ca şi cum".
- Bunul simţ sau simţul comun, care îi permite terapeutului să se raporteze adecvat la situaţia de viaţă, practică a clientului său;
- Capacitatea de acceptare, conştientizare şi ţinere cât mai clar în sfera conştientizării şi controlului a proiecţiilor pe care le poate face asupra clientului;
- Capacitatea de a provoca schimbarea, bine echilibrată de atitudinea de conţinere a conţinututrilor psihice pe care le provoacă la client;
- Onestitatea, pentru a putea recunoaşte momntele de blocaj în terapie, când are el însuşi nevoie de ajutor, când terapia nu mai poate continua în forma în care a avut loc până atunci sau când clientul său are nevoie de un alt fel de ajutor (psihologic sau nu).

Caracteristicile terapeutului care asistă persoanele traumatizante

Tot ceea ce am prezentat anterior arată necesitatea dezvoltării la consilieri, terapeuţi şi alte persoane implicate în ajutorarea celor traumatizaţi a unor abilităţi specifice care să faciliteze interarea traumelor. În urma experienţelor avute atât cu persoane traumatizate, cât şi cu specialişti, tineri dar şi mai experimentaţi în practica psihoterapiei, am ajuns la concluzia că un terapeut care asistă persoane traumatizate are nevoie să îşi modeleze următoarele caracteristici:

- Să aibă capacitate de conţinere foarte bună a întregului tumult interior al clientului şi al său personal, stimulat de interacţiunea dintre traumele clientului şi cele personale;
- Să aibă capacitatea de a se menţine empatic, deschis, tolerant, în ciuda încercărilor la care îl va supune clientul său, pentru a nu aluneca în judecată moralizatoare referitoare

la incapacităţile sau limitele clientului, la lungul şi dificilul său drum spre integrarea rănii;

- Să continue analiza personală şi/sau supervizarea (intervizarea) de-a lungul întregii sale activităţi;
- Să fie mai degarbă centrat pe procesul traumatic şi pe stimularea rezilienţei decât pe tehnicile psihoterapeutice folosite conform orientării în care s-a format;
- Să creadă în fenomenul creşterii şi evoluţiei posttraumatice, pentru a-l putea susţine şi provoca;
- Să poată identifica acest fenomen atunci când se manifestă la client, pentru a-l ghida pe client mai departe;
- Să respecte laturile procesului de creştere şi evoluţie posttraumatică evidenţiate în experienţa clientului, fără să forţeze manifestarea celor care întârzie să apară;
- Să fie răbdător cu clientul şi cu procesul acestuia de creştere şi acceptant faţă de amestecul inedit de efecte negative şi pozitive ale traumatizării;
- Să fie flexibil în utilizarea limbajului specific evoluţiei posttraumatice.

Codul etic al profesiei de psiholog-psihoterapeut.

Colegiul Psihologilor din România a elaborat un cod etic al acestei profesii, tocmai pentru a ghida acţiunile acestora, care nu de puţine ori ajung în situaţii delicate, care vizează etica şi morala. Deşi intervenţiile sunt de natură psihologică şi nu morală, orice psiholog şi *mai ales* orice psihoterapeut trebuie să acorde o atenţie sproită problematicii etice în munca lor. De accea, prezint mai jos codul etic aşa cum este el la forma actuală în vigoare la noi în ţară.

Codul deontologic al profesiei de psiholog cu drept de liberă practică

Codul deontologic este un sumum de principii şi standarde etice de exercitare a profesiei de psiholog cu drept de liberă practică şi care instituie regulile de conduită ale psihologului cu drept de liberă practică, denumit în continuare psiholog. Codul oferă o bază consensuală pentru luarea de atitudine colectivă împotriva unor eventuale comportamente apreciate a încălca principiile eticii profesionale. Acest cod pe lângă valoarea sa normativă are rolul de a orienta şi regla numai acele activităţi ale psihologilor în care aceştia se angajează ca psihologi,

nu şi pe cele din viaţa privată a acestora. Comportamentul personal al psihologului poate fi luat în discuţie numai dacă este de o asemenea natură încât aduce prejudicii profesiei de psiholog sau ridică serioase îndoieli privind capacitatea acestuia de a-şi asuma şi îndeplini responsabilităţile sale profesionale ca psiholog.

PRINCIPIUL I

I. RESPECTAREA DREPTURILOR ŞI DEMNITĂŢII ORICĂREI PERSOANE.

Psihologii vor avea permanent în atenţie faptul ca orice persoană are dreptul să-i fie apreciată valoarea înnăscută de *fiinţă umană* şi că această valoare nu este sporită sau diminuată de cultură, naţionalitate, etnie, culoare sau rasă, religie, sex sau orientare sexuală, statut marital, abilitaţi fizice sau intelectuale, vârstă, statut socio-economic sau orice altă caracteristică personală, condiţie sau statut.

Aderarea la acest principiu presupune respectarea următoarelor reguli:

Art. I.1. Psihologii îşi desfaşoară activitatea, manifestând respect faţă de trăirile, experienţele, cunoştinţele, valorile, ideile, opiniile şi opţiunile celorlalţi.

Art. I.2. Psihologii nu se angajează public în prejudicierea imaginii celorlalţi şi nu vor manifesta inechitate pe criterii de cultură, naţionalitate, etnie, rasă, religie, sex, orientare sexuală şi nici nu se angajează în remarci sau comportamente ce aduc prejudicii demnităţii celorlalţi.

Art. I.3. Psihologii vor utiliza un limbaj ce exprimă respectul faţă de demnitatea celorlalţi atât în comunicarea scrisă cât şi în cea orală.

Art. I.4. Psihologii evită ori refuză să participe la activităţi şi practici ce nu respectă drepturile legale, civile, ori morale ale celorlalţi.

Art. I.5. Psihologii vor refuza să consilieze, să educe ori să furnizeze informaţii oricărei persoane care, dupa opinia lor, va utiliza cunoştinţele şi îndemânarea dobândită pentru a viola drepturile fundamentale ale omului.

Art. I.6. Psihologii respectă drepturile celor care beneficiază de servicii psihologice, participanţilor la cercetare, angajaţilor, studenţilor şi altora, protejând astfel propria lor demnitate.

Art. I.7. Psihologii se vor asigura că, sub nici o formă, consimţământul informat al clientului/participantului nu este dat în condiţii de coerciţie sau sub presiune.

Art. I.8. Psihologii vor avea grijă ca, în furnizarea de servicii psihologice ori în activitatea de cercetare ştiinţifică, să nu violeze spaţiul privat personal sau cultural al clientului/subiectului, fără o permisiune clară şi o garanţie că pot să facă acest lucru.
Art. I.9. Activitatea psihologilor nu trebuie să prejudicieze dreptul sacru la demnitate umană şi nici dreptul persoanei la propria imagine.

PRINCIPIUL II

II. RESPONSABILITATE PROFESIONALĂ ŞI SOCIALĂ

Psihologii manifestă o maximă responsabilitate pentru starea de bine a individului, familiei, grupului ori comunităţii faţă de care îşi exercită rolul de psihologi. Această preocupare include atât pe cei direct cât şi pe cei indirect implicaţi în activităţile lor, prioritate având cei direct implicaţi.

Aderarea la acest principiu presupune respectarea următoarelor reguli:

Art. II.1. Psihologii vor proteja şi promova starea de bine şi vor evita provocarea de daune clienţilor, studenţilor, participanţilor la cercetare, colegilor de profesie şi a celorlalţi, asumându-şi cu responsabilitate consecinţele propriilor lor acţiuni.
Art. II.2. Psihologii vor respecta dreptul persoanei de a sista, fără nicio justificare, participarea sa la serviciul furnizat, în calitate de client, sau la activităţi de cercetare stiinţifică, în calitate de subiect.
Art. II.3. Psihologii vor refuza să îndrume, sa instruiască ori să furnizeze informaţii celor care, după judecata lor, vor putea utiliza greşit cunoştinţele şi deprinderile, voluntar sau involuntar, în dauna celorlalţi.
Art. II.4. Psihologii nu vor delega activităţi psihologice spre persoane care nu au competenţele necesare pentru acele activităţi.
Art. II.5. Psihologii vor promova şi facilita dezvoltarea ştiinţifică şi profesională a angajaţilor, a celor supervizaţi, studenţilor, participanţilor la programe de formare profesională etc.
Art. II.6. Psihologii vor contribui la dezvoltarea psihologiei ca ştiinţă şi a societăţii în general, prin cercetarea liberă şi prin achiziţia, transmiterea şi exprimarea liberă a cunoştinţelor şi ideilor, excepţie facând activităţile ce intră în conflict cu obligaţiile etice.

Art. II.7. Psihologii vor susţine cu responsabilitate rolul psihologiei ca disciplină, în faţa societăţii şi vor promova şi menţine cele mai înalte standarde ale disciplinei.
Art. II.8. Psihologii vor sesiza Colegiului Psihologilor cazurile de abatere de la normele de etică şi deontologie profesională, dacă rezolvarea informală, amiabilă a situaţiei nu a fost posibilă.
Art. II.9. Psihologii vor respecta legile şi reglementările societăţii, comunităţii în care activează. Dacă legile sau reglementările intră în conflict cu principiile etice, psihologul va face tot posibilul să respecte principiile etice.
Art. II.10. Psihologii nu vor contribui şi nu se vor angaja în cercetare sau orice alt tip de activitate care contravine legilor umanitare internaţionale (de ex. dezvoltarea metodelor de tortură a persoanelor, dezvoltarea de arme interzise, terorism sau activităţi de distrugere a mediului).
Art. II.11. Psihologii nu vor furniza servicii psihologice şi nu vor face cercetări, indiferent cine - psiholog sau nepsiholog- încearcă să-i oblige să procedeze împotriva eticii profesionale.
Art. II.12. În cadrul lor de competenţă profesională, psihologii vor decide alegerea şi aplicarea celor mai potrivite metode şi tehnici psihologice. Ei răspund personal de alegerile şi consecinţele directe ale acţiunilor lor în funcţie de atestarea profesională primită.
Art. II.13. Psihologii se vor consulta şi cu alţi specialişti sau cu diverse instituţii pentru a promova starea de bine a individului şi societăţii.

PRINCIPIUL III

III. INTEGRITATE PROFESIONALĂ

Psihologii vor căuta să manifeste cel mai înalt grad de integritate morală şi profesională în toate relaţiile lor. Este de datoria psihologului să prezinte onest pregătirea şi calificările sale oriunde se află în relaţii profesionale şi de asemenea să nu permită sau să tolereze practicile incorecte şi discriminatorii.

Aderarea la acest principiu presupune respectarea următoarelor reguli:

Art. III.1 Psihologii vor prezenta într-o manieră onestă domeniile de specialitate în care sunt atestaţi, competenţele, afilierile şi experienţa profesională, nefiind acceptate niciun fel distorsiuni, omisiuni sau false prezentări în acest sens.

Art. III.2. Psihologii nu practică, nu îngăduie, nu instigă, nu colaborează şi nu consimt sau facilitează nicio formă de discriminare.

Art. III.3. Psihologii vor onora toate promisiunile şi angajamentele asumate prin orice tip de convenţie. Dacă apar situaţii de forţă majoră, psihologii vor informa şi vor oferi explicaţii complete şi sincere părţilor implicate.

Art. III.4. Psihologii vor promova acurateţea, obiectivitatea, onestitatea şi buna-credinţă în activităţile lor profesionale. În aceste activităţi psihologii nu vor fura, înşela, şi nu se vor angaja în fraudă, eludări, subterfugii sau denaturări intenţionate ale faptelor.

Art. III.5. Psihologii vor evita orice imixtiuni care afectează calitatea actului profesional, fie că e vorba de interese personale, politice, de afaceri sau de alt tip.

Art. III.6. Psihologii vor evita să ofere recompense exagerate pentru a motiva un individ sau un grup să participe într-o activitate care implică riscuri majore şi previzibile.

Art. III.7. Psihologii vor evita relaţiile multiple (cu clienţii, subiecţii, angajaţi, cei supervizaţi, studenţi sau persoane aflate în formare) şi alte situaţii care pot prezenta un conflict de interese sau care pot reduce capacitatea lor de a fi obiectivi şi imparţiali.

Art. III.8. Psihologii vor evita să participe la activităţi care pot cauza daune imaginii psihologilor sau psihologiei ca profesie, vor explica rolul psihologului tuturor celor interesaţi.

Art. III.9. Psihologii vor fi reflexivi, deschişi şi conştienţi de limitele lor personale şi profesionale.

Art. III.10. Psihologii nu vor contribui, fie singuri, fie în colaborare cu alţii, la niciun fel de practici care pot viola libertatea individuală sau integritatea fizică sau psihologică a oricărei persoane.

STANDARDE ETICE GENERALE

IV. STANDARDE DE COMPETENŢĂ

Cunoaşterea competenţelor

Art. IV.1.Psihologii au obligaţia să-şi cunoască foarte bine limitele de competenţă în oferirea de servicii psihologice, în activitatea de predare sau de cercetare.

Art. IV.2. Psihologii sunt datori să acţioneze, pe toată durata exercitării profesiei, în vederea formării şi practicării la standarde cât mai înalte a propriilor competenţe profesionale.

Servicii psihologice în acord cu competenţa

Art. IV.3. Psihologii se vor angaja numai în acele activităţi profesionale pentru care au cunoştinţele, aptitudinile, atitudinile, experienţa şi atestarea necesare.

Prezentarea onestă a competenţei

Art. IV.4. Psihologii nu vor prezenta fals limitele competenţei lor şi nu vor prezenta pregătirea sau formarea lor într-un mod care să le favorizeze nemeritat poziţia sau imaginea publică, indiferent de tipul de activitate profesională desfaşurată.

Limitarea competenţei

Art. IV.5. Atunci când psihologii urmează să desfăşoare servicii psihologice, cercetări sau să predea dincolo de limitele de competenţă aceştia vor căuta să obţină cât mai rapid competenţa necesară (care va presupune, dupa caz, studiu, evaluare şi supervizare) şi numai apoi se vor angaja în desfaşurarea activităţilor vizate. (exceptie IV.7.)

Consultarea în caz de limită a competenţei

Art. IV.6. În exercitarea profesiei, atunci când psihologii constată că ajung într-un impas profesional sau sunt în postura de a-şi depăşi limitele de competenţă, vor consulta colegii sau supervizorul.

Servicii psihologice în afara competenţei

Art. IV.7. În cazul în care pentru un tip de serviciu psihologic solicitat nu există standarde generale recunoscute, nici programe de formare profesională, nici specialişti atestaţi şi disponibili în acel domeniu şi totuşi psihologii sunt solicitaţi, aceştia vor depune toate eforturi pentru obţinerea unui standard minimal de competenţă având permanent grijă să protejeze clienţii, studenţii, supervizaţii, participanţii şi pe toţi cei implicaţi pentru a nu produce acestora daune sub o formă sau alta. În acest caz serviciul va continua până când solicitarea încetează sau până când un specialist cu competenţă recunoscută în acel domeniu devine disponibil.

Pregătirea continuă

Art. IV.8. Psihologii au obligaţia să depună permanent un efort de menţinere şi dezvoltare a competenţelor lor prin informare permanentă, programe de formare profesională de specialitate, consultări cu ceilalţi specialişti din domeniu ori prin cercetări care să conducă spre creşterea competenţei profesionale, conform standardelor Colegiului Psihologilor din România.

Obiectivitatea

Art. IV.9. Psihologii au obligaţia de a fi conştienţi de limitele procedurilor folosite, indiferent de tipul de activitate. Psihologii vor avea grijă ca furnizarea serviciilor, cercetarea ştiinţifică, prezentarea rezultatelor concluziilor să fie facută cu maximă obiectivitate, evitând orice tendinţă de prezentare parţială sau cu tentă subiectivă.

Delegarea

Art. IV.10. Psihologii care delegă activităţi profesionale spre angajaţi, supervizaţi, cercetători, asistenţi vor lua toate măsurile pentru a evita încălcarea standardelor de competenţă ale prezentului Cod.

Afectarea competenţei

Art. IV.11. Atunci când psihologii realizează că din motive de sănătate ori din cauza unor probleme personale nu mai pot să ofere în condiţii de competenţă o anumită activitate profesională, aceştia vor cere sprijin şi asistenţă profesională pentru a decide dacă trebuie să-şi limiteze, suspende sau să încheie respectiva activitate profesională.

V. STANDARDE CU PRIVIRE LA RELAŢIILE UMANE

Respect şi preocupare

Art. V.1. În relaţiile lor profesionale, psihologii vor manifesta preocupare faţă de clienţi, studenţi, participanţi la cercetare, supervizaţi sau angajaţi, căutând să nu producă acestora daune sau suferinţă, iar daca acestea sunt inevitabile le vor minimiza pe cât posibil.

Evitarea hărţuirii

Art. V.2. Psihologii nu se vor angaja sub niciun motiv într-o formă sau alta de hărţuire, fie că aceasta este sexuală, emoţională, verbală sau nonverbală.

Evitarea abuzului

Art. V.3. Psihologii nu se vor angaja în comportamente de defăimare sau de abuz (fizic, sexual, emoţional, verbal sau spiritual) faţă de persoanele cu care vin în contact în timpul activităţii lor profesionale.

Evitarea relaţiei multiple

Art. V.4. Psihologii vor evita pe cât posibil relaţiile multiple, adică relaţiile în care psihologii îndeplinesc simultan mai multe roluri într-un context profesional.

Consimţământul în caz de relaţii cu terţi

Art. V.5. Psihologii vor clarifica natura relaţiilor multiple pentru toate părţile implicate înainte de obţinerea consimţământului, fie că oferă servicii psihologice ori conduc cercetări cu indivizi, familii, grupuri ori comunităţi la cererea sau pentru a fi utilizate de către terţi. A treia parte poate fi şcoala, instanţa judecatorească, diverse agenţii guvernamentale, companii de asigurări, poliţia ori anumite instituţii de finanţare, etc.

Nonexploatarea

Art. V.6. Psihologii nu vor exploata şi nu vor profita, sub nici o formă, de persoanele faţă de care, prin profesie sau poziţie, manifestă un ascendent de autoritate (clienţi, studenţi,

participanţi la cercetare, supervizaţi, angajaţi). Orice forma de exploatare sau abuz de autoritate fiind strict interzisă.

Participarea activa la decizii

Art. V.7. Psihologii vor avea grijă, să permită participarea activă şi deplină a celorlalţi la deciziile care îi afectează direct, respectând dorinţele justificate şi valorificând opiniile acestora, ori de câte ori este posibil.

Neintrarea în rol

Art. V.8. Psihologii se vor abţine de la intrarea într-un rol profesional atunci când din motive de ordin personal, ştiinţific, legal, profesional, financiar: (1) poate fi afectată obiectivitatea, competenţa sau eficienţa activitaţii lor profesionale (2) faţă de clienţi/subiecţi există riscul exploatării sau producerii unor daune.

Urgentarea consimţământului

Art. V.9. Înainte de începerea oricărui tip de serviciu psihologic (evaluare, terapie, consiliere, etc.) psihologii vor obţine consimţământul informat din partea tuturor persoanelor independente sau parţial dependente, implicate, excepţie făcând circumstanţele în care există nevoi urgente (de ex. tentative sau acţiuni suicidare). În astfel de circumstanţe, psihologii vor continua să acţioneze, cu asentimentul persoanei, dar vor căuta să obţină cât se poate de repede consimţământul informat.

Asigurarea consimţământului

Art. V.10. Psihologii se vor asigura că în procesul de obţinere a consimţământului informat urmatoarele puncte au fost înţelese: *scopul şi natura activităţii*; *responsabilitaţile mutuale*; *beneficiile şi riscurile*; *alternativele*; *circumstanţele unei încetări a acţiunii*; *opţiunea de a refuza sau de a se retrage în orice moment, fără a suferi vreun prejudiciu*; *perioada de timp în care e valabil consimţământul*; *modul în care se poate retrage consimţământul dacă se doreşte acest lucru*.

Delegarea de consimţământ

Art. V.11. În cazul în care, persoana care urmează să beneficieze de un serviciu psihologic este în imposibilitatea de a-şi da consimţământul, se acceptă obţinerea acestuia de la o persoană apropiată acesteia care poate să-i apere interesele în mod legal sau de la o persoană autorizată care, conform legii, este în măsură să o reprezinte.

Continuitatea serviciului

Art. V.12. Daca din motive de boala sau datorită unor evenimente survenite în viaţa psihologului acesta nu mai poate continua oferirea serviciului în bune condiţii, va depune

toate eforturile pentru a se asigura de continuitatea serviciului oferit, îndrumând clientul spre un coleg de profesie cu competenţă necesară şi pe cât posibil cu consimţământul clientului.

Dreptul la opoziţie

Art. V.13. Cu excepţia cazurilor de forţă majoră, de urgenţă (perturbări ale funcţionării psihice, în termenii pericolului iminent, care necesită intervenţie imediată), psihologul acţionează respectând dreptul clientului de a refuza sau a opri prestarea unui serviciu psihologic.

VI. STANDARDE DE CONFIDENŢIALITATE

Întreruperea serviciului din motive de confidenţialitate

Art. VI.1.Relaţia dintre psihologi şi beneficiarii serviciilor lor este adesea o relaţie foarte sensibilă ce necesită realizarea unei alianţe pentru desfăşurarea în bune condiţii a acţivităţii profesionale, motiv pentru care confidenţialitatea este obligatorie. Atunci când din motive ce nu pot fi evitate, psihologul nu mai poate păstra confidenţialitatea, acesta va înceta să mai ofere serviciul respectiv.

Protejarea confidenţialitaţii

Art. VI.2. Psihologii vor proteja confidenţialitatea tuturor informaţiilor adunate în timpul activitaţilor lor profesionale şi se vor abţine de la dezvăluirea informaţiilor pe care le deţin despre colegi, clienţii colegilor, studenţi şi membrii organizaţiilor, excepţie făcând situaţiile: pentru protecţia sănătaţii publice, pentru prevenirea unui pericol iminent, pentru prevenirea savârşirii unei fapte penale sau pentru împiedicarea producerii rezultatului unei asemenea fapte ori pentru înlăturarea urmărilor prejudiciabile ale unei asemenea fapte. Divulgarea, de către psihologi, a unor date care le-au fost încredinţate sau de care au luat cunoştintă în virtutea profesiei, dacă aceasta este de natură a încalca clauza de confidenţialitate, este interzisă.

Limitele confidenţialitaţii

Art. VI.3. Psihologii clarifică ce măsuri se vor lua pentru protejarea confidenţialitaţii şi ce responsabilităţi familiale, de grup ori comunitare au pentru protejarea confidenţialitaţii, atunci când desfaşoară activităţi de cercetare sau oferă servicii. Înainte de primirea consimţământului, psihologul va informa clientul cu privire la limitele confidenţialitaţii şi condiţiile în care acesta poate fi încălcat, precum şi asupra utilizării posibile a informaţiilor rezultate în urma activitaţii sale.

Dezvaluirea de informaţii

Art. VI.4. Psihologii pot împărtăşi informaţiile confidenţiale cu alţii numai cu consimţământul celor vizaţi ori de o aşa manieră încât cei vizaţi să nu poată fi identificaţi, excepţie făcând situaţiile justificate de lege sau în circumstanţe de iminentă sau posibilă vatămare fizică sau crimă.

Confidenţialitatea de colaborare

Art. VI.5. În cazul în care cu acelaşi client lucrează doi psihologi în acelaşi timp, aceştia vor colabora pe cât posibil, fără restricţii de confidenţialitate, excepţie făcând situaţia în care există o opoziţie clară din partea clientului în acest sens. De asemenea personalul auxiliar va păstra confidenţialitatea informaţiilor la care are acces prin natura activităţilor sale.

Utilizarea informaţiilor

Art. VI.6. Rezultatele, documentările şi notitele psihologului pot fi folosite numai într-o formulă care păstrează cu rigurozitate anonimatul.

Confidenţialitatea faţă de terţi

Art. VI.7. În cazul în care există terţi implicaţi în activitatea profesională a psihologului, acesta va clarifica cu părţile implicate limitele confidenţialităţii, condiţiile de păstrare a confidenţialităţii şi nu va da curs nici unei solicitări, venite de la o terţă parte în dezvaluirea de informaţii confidenţiale, decât în condiţiile respectării legi şi limitelor confidenţialităţii.

VII. STANDARDE DE CONDUITĂ COLEGIALĂ

Conduita colegială

Art. VII.1. Psihologii vor manifesta faţă de colegii lor de profesie, onestitate, corectitudine, loialitate şi solidaritate, conduitele lor fiind în acord cu standardele profesionale.

Respect

Art. VII.2. Psihologii vor manifesta respect faţă de colegii lor de profesie şi nu vor exprima critici nefondate şi etichetări la adresa activităţii lor profesionale.

Evitarea denigrării

Art. VII.3. Psihologii nu vor acţiona, sub nicio forma, în manieră denigratoare la adresa colegilor de profesie şi nu vor împiedica clienţii să beneficieze de serviciile lor, dacă nu există un motiv serios şi cu implicaţii etice în acest sens.

Responsabilitatea profesională

Art. VII.4. Atunci când există o intenţie justificată de încetare a serviciului psihologic oferit clientului şi de îndrumare a acestuia spre un alt coleg de profesie, psihologii vor menţine un

contact suportiv şi responsabil fată de clienţi până când acel coleg îşi asumă continuarea serviciului în cauză.

Autosesizarea

Art. VII.5. În cazul în care psihologii constată ca există abateri ale unui coleg de la normele prezentului Cod, vor manifesta preocupare faţă de violarea de către acesta a standardelor sau principiilor etice, vor atrage atenţia acelui coleg asupra conduitei neadecvate cu maximă discreţie şi colegialitate, şi se vor adresa Comisiei de Deontologie şi Disciplină a Colegiului Psihologilor din România doar în cazul în care comportamentul non-etic persistă.

Sprijinul colegial

Art. VII.6. Psihologii vor cauta să sprijine pe cât posibil eforturile profesionale ale colegilor în limita disponibilităţilor participative şi a timpului disponibil.

Concurenţa neloială

Art. VII.7. Psihologii nu vor practica concurenţa neloială. Sunt interzise şi se consideră concurenţă neloială urmatoarele: tentativa sau acţiunea de atragere sau deturnare de clienţi, prin denigrarea sau discreditarea altui psiholog; practicarea unor onorării subevaluate în mod intenţionat având cunoştintă de oferta anterioară a altui psiholog; folosirea unei funcţii publice pe care psihologul o deţine în scopul atragerii de clienţi în interes propriu; preluarea unui contract pe care un alt psiholog l-a denunţat în temeiul prevederilor prezentului Cod; furnizarea de date false privind competenţa şi/sau atestarea profesională în scopul de a-l induce în eroare pe beneficiar.

VIII. STANDARDE DE ÎNREGISTRARE, PRELUCRARE ŞI PĂSTRARE A DATELOR

Obţinerea permisiunii

Art. VIII.1. Psihologii trebuie sa obţină permisiunea clienţilor/subiecţilor sau a reprezentanţilor lor legali înainte de a efectua înregistrări audio, video sau scrise în timpul furnizării serviciilor sau în cercetare.

Păstrarea datelor

Art. VIII.2. Psihologii vor colecta numai acele date care sunt relevante pentru serviciul oferit şi vor lua toate măsurile pentru a proteja aceste informaţii. Originalul şi eventualele copii ale acestor informaţii pot fi păstrate numai cu acordul clienţilor.

Protejarea datelor

Art. VIII.3. Psihologii se vor asigura că înregistrările asupra cărora au control rămân identificabile numai atât timp cât sunt necesare pentru scopul pentru care au fost realizate şi

prezintă ca anonimă ori distruge orice înregistrare aflată sub controlul lor şi care nu mai e nevoie sa fie identificabilă personal.

Transferul datelor

Art. VIII.4. Datele colectate, înregistrate pot fi transferate către psihologii care preiau clienţii, consultate şi utilizate de colegi de profesie indiferent de forma de atestare, dacă persoanele vizate şi-au dat în mod neechivoc consimţământul, iar acest consimţământ nu a fost retras.

Distrugerea datelor

Art. VIII.5. Dacă psihologul renunţă la practică sa profesională prin intermediul căreia a realizat acele înregistrări sau dacă acesta se pensionează, va căuta să distruga înregistrările respective. Înregistrările pot fi plasate către un alt psiholog numai cu consimţământul celor implicaţi, obţinut în prealabil, pentru acele înregistrări. În situaţia suspendării sau încetării dreptului de liberă practică datele vor fi distruse, dacă nu se impune transferarea lor.

IX. STANDARDE DE ONORARII ŞI TAXE

Dreptul la onorarii

Art. IX.1. Pentru orice serviciu profesional oferit de psihologi, aceştia au dreptul sa primească onorarii sau salarii negociate în mod liber cu beneficiarul sau cu o terţă parte.

Acordul pentru onorariu

Art. IX.2. Psihologii vor cauta să stabilească, de comun acord cu beneficiarul serviciului oferit, care este valoarea şi modalitatea de percepere a onorariului în condiţiile legilor în vigoare şi fără o falsă prezentare a cuantumului acestui onorariu.

Renegocierea

Art. IX.3. Dacă din motive justificate, serviciul oferit necesită restrângeri şi limitări, acordul iniţial va fi renegociat cât mai curând posibil. Psihologii îsi rezervă dreptul de a modifica valoarea onorariului în funcţie de situaţiile obiective noi apărute, cu notificarea prealabilă şi cu acordul clientului.

Remunerarea prin terţi

Art. IX.4. Dacă psihologul oferă un serviciu (consultanţă, administrativ, clinic etc.) în care onorariul nu se percepe de la beneficiar, ci revine sub forma unei remunerări de la o a treia parte, remunerarea se va face, pe cât posibil, pentru serviciul oferit şi nu pe alte criterii specifice acestor terţi (diverse instituţii).

Limitele onorariului

Art. IX.5. Onorariul fixat va depinde de calitatea serviciului oferit şi competentele profesionale ale psihologului, însă psihologii vor avea grijă să nu ceară un onorariu

disproporţionat faţă de valoarea serviciului oferit. Psihologii nu vor exploata beneficiarii serviciilor lor şi vor explicita, dacă e cazul, valoarea onorariului stabilit.

X. STANDARDE PENTRU DECLARAŢII PUBLICE ŞI RECLAMĂ

Onestitatea în reclamă

Art. X.1. Psihologii îşi pot face publicitate numai pe baza propriilor realizări, evitând promovarea unui palmares profesional fals sau exagerat şi cu condiţia să nu puna în cauză activitatea unui coleg de profesie.

Nu sunt considerate acţiuni publicitare acele manifestări în care numele sau aspecte ale activităţii lor profesionale sunt menţionate în materiale scrise sau audiovizuale realizate de catre terţi în scopul informării publicului şi nici acele intervenţii publice ale psihologilor cu referiri la activitatea sau creaţiile lor, dacă acestea nu sunt comandate şi plătite de către aceştia.

Responsabilităţi de reclamă

Art. X.2. (a) Psihologii care angajează persoane fizice sau juridice în scopul de a creea şi/sau difuza mesaje care să promoveze practica lor profesionala, produsele sau activităţile lor îşi vor păstra responsabilitatea profesională pentru mesajele respective; (b) Psihologii nu vor oferi remunerări angajaţilor din presa scrisă şi audiovizuală sau alte forme de comunicare a informaţiei catre public pentru a li se face publicitate în cadrul programelor/secţiunilor de ştiri; (c) Publicitatea facută activităţii unui psiholog trebuie sa fie explicită şi identificată ca atare.

Art. X.3. Psihologii care se ocupa cu anunţurile, cataloagele, broşurile sau reclamă pentru simpozioane, seminarii sau alte programe educaţionale şi care nu au o calificare adecvată se vor asigura ca descriu cu precizie publicul ţintă, programul, obiectivele educaţionale şi taxele.

Reprezentarea în declaraţii

Art. X.4. Psihologii vor clarifica dacă acţionează ca simpli cetăţeni, ca membrii ai unor organizaţii sau grupuri specifice, atunci când dau declaraţii sau când sunt implicaţi în activităţi publice.

Declaraţii publice

Art. X.5. Atunci când psihologii oferă informaţii, exprimă puncte de vedere pe teme profesionale şi fac declaraţii publice prin mijloace de informare în masă, publicaţii de specialitate sau în format electronic, se vor asigura că acestea se înscriu în limitele competenţelor profesionale şi nu contravin prevederilor prezentului Cod.

Situaţii publice

Art. X.6. Psihologii îsi asumă responsabilitatea deplină pentru apariţia lor publică, care trebuie sa fie în acord cu principile şi standardele din prezentul cod. Psihologii vor oferi informaţii corecte referitoare la: experienţa şi calificarea lor, titlurile academice, lucrările publicate şi rezultatele studiilor lor, statutul profesional şi afilierea la diferite organizaţii, serviciile pe care le acorda şi calitatea acestora, taxele percepute.

STANDARDE SPECIFICE

XI. EDUCAŢIE ŞI FORMARE

Calitatea ofertei educaţionale şi formative

Art. XI.1. Psihologii vor manifesta preocupare faţă de programele educaţionale şi cele de formare profesională, asigurându-se că acestea furnizează cunoştintele şi experienţa necesare şi suficiente pentru pregătirea studenţilor şi supervizaţilor la standarde corespunzătoare atestărilor, diplomelor sau gradelor academice/profesionale care urmează să fie obţinute. Cunoştintele oferite trebuie să se bazeze pe date experimentale şi pe o argumentaţie ştiinţifică.

Transparenţa

Art. XI.2. Psihologii care răspund de programele educaţionale sau de formare se vor asigura că există o descriere recentă şi precisă a acestora: obiective, conţinut, beneficii şi obligaţiile care trebuie îndeplinite pentru absolvirea programului, inclusiv modalităţile de evaluare şi taxe. Aceste informaţii trebuie sa fie disponibile pentru toate părţile interesate.

Responsabilitate educaţională

Art. XI.3. Psihologii se vor asigura ca programele cursurilor acoperă tematica propusă, că informaţia este prezentată cu acurateţe, că există modalităţi adecvate de evaluare a progresului şi că tipurile de experienţe descrise la curs sunt relevante. Psihologii pot să modifice conţinutul sau cerinţele cursului atunci când consideră aceste schimbări necesare sau dezirabile din punct de vedere pedagogic, atâta vreme cât studenţii şi cei implicaţi sunt anuntaţi din timp de aceste modificări.

Limite cadru, de informare

Art. XI.4. Psihologii nu vor cere studenţilor sau celor supervizaţi să dezvaluie informaţii personale în activitaţile de curs sau în cadrul unor programe de formare profesională/supervizare.

Conflicte în evaluare

Art. XI.5. Psihologii din instituţiile de învatământ superior care evaluează performanta academică a studenţilor într-o formă de terapie nu vor oferi şi servicii de terapie studenţilor pe care îi evaluează, pe durata acestei evaluări. În cazul unui curs/program în care terapia

individuală sau de grup este specificată ca şi cerinţă obligatorie, psihologii responsabili cu derularea programului vor permite studenţilor/cursanţilor să opteze pentru serviciile specialiştilor neafiliaţi la respectivul program.

Harţuire şi relaţii sexuale

Art. XI.6. Psihologii nu vor harţui sexual şi nu se vor angaja în relaţii sexuale cu studenţii sau cu supervizaţii din departamentul, centrul sau din instituţia în care lucrează şi asupra carora aceştia au sau pot avea o autoritate evaluativă.

Abuzul de autoritate

Art. XI.7. Fiind conştienţi de influenţa pe care o au ca profesori sau coordonatori asupra elevilor, studenţilor, participanţilor la cursuri, celor aflaţi în supervizare, psihologii nu vor face abuz de autoritatea lor şi nu vor umili sau ameninţa în niciun fel integritatea sau imaginea de sine a acestora.

Calificări speciale

Art. XI.8. Psihologii nu vor forma persoane care nu au absolvit o forma de învaţământ superior, nu au specializare, experienţă de lucru sau orice alta dovada de calificare atunci când formarea vizează folosirea metodelor sau tehnicilor speciale (de ex. hipnoză, biofeedback, tehnici avansate de testare etc.)

XII. TERAPIE ŞI CONSILIERE

Informarea clientului

Art. XII.1. În obţinerea consimţământului informat din partea clienţilor, psihologii vor informa în prealabil clientul cu privire la forma de terapie utilizată, metodele folosite, riscuri, alternative, limitele confidenţialitaţii, implicarea unor terţi, onorarii şi vor da curs oricărei alte cereri de informare solicitată de client în acest sens. Dacă terapeutul se afla înca în supervizare, dar poate desfăşura în mod legal şi profesional activitatea terapeutică pentru care se afla în supervizare, va aduce la cunoştinta clientului acest lucru cât mai curând posibil şi de asemenea va face cunoscut numele terapeutului care-l supervizează.

Consimţământul pentru dezvaluire

Art. XII.2. În cazul şedinţelor de terapie sau consiliere, înregistrările pot fi transferate şi spre cei care preiau clienţii respectivi, putând avea acces la acestea atât colegii de profesie cât şi supervizaţii ce se afla într-un proces de formare teraputică, dar numai cu consimţământul dat în prealabil de cei vizaţi în acele înregistrări.

Intimitatea relaţiei profesionale

Art. XII.3. Clienţii vor beneficia de servicii de consultanţă, consiliere sau terapie din partea psihologilor fără prezenţa unor terţi, aceasta fiind permisă numai dacă există un acord în acest sens, atât din partea clientului cât şi din partea psihologului.

Precizarea clientului

Art. XII.4. Atunci când în procesul terapeutic sunt implicaţi, fie partenerul de viată, fie alţi membri de familie, psihologii vor clarifica de la început relaţiile pe care le au, cu fiecare persoana implicată şi vor preciza cine este clientul: o anumita persoană, relaţia de cuplu, familia. Psihologii vor preciza de asemenea care sunt limitele confidenţialitaţii.

Precizări suplimentare în terapia de grup

Art. XII.5. În cadrul terapiei de grup psihologii vor preciza regulile de grup, rolurile şi responsabilitaţile ce revin tuturor participanţilor şi de asemenea limitele confidenţialitaţii.

Analiza ofertei de serviciu complex

Art. XII.6. În cazul în care clienţii primesc deja servicii psihologice şi de la alţi psihologi sau de la alţi specialişti din alte domenii, psihologul va examina posibilitatea angajării sale într-o relaţie terapeutică (dacă aceasta este solicitată) prin analiza condiţiilor, beneficiilor potenţiale ale clientului, riscurilor de conflict sau a confuziilor care pot să apară. Psihologul va discuta cu clientul aceste limitări înainte de obţinerea consimţământului.

Intimitatea sexuala cu clienţii sau apropiaţi ai acestora

Art. XII.7. Psihologii nu se vor angaja în relaţii de intimitate sexuală cu clienţii lor, cu persoanele despre care ştiu că se afla în relaţii apropiate cu clienţii lor (rude, prieteni, alţi cunoscuţi) şi nici nu vor încheia terapia pentru a nu intra sub incidenţa acestui standard.

Terapia cu parteneri sexuali

Art. XII.8. Psihologii nu vor accepta în terapie persoane cu care au avut relaţii de intimitate sexuală.

Relaţia sexuală cu foştii clienţi

Art. XII.9. Psihologii nu se vor angaja sub nici o forma în relaţii de intimitate sexuală cu foştii clienţi pentru o perioada de cel puţin 2 ani de la încheierea terapiei. Aceasta nu înseamnă că dupa această perioada aceştia pot să întreţină relaţii de intimitate cu foştii clienţi, excepţie facând doar circumstanţele în care aceştia pot face dovada că nu a existat nici o formă de exploatare în timpul sau în cei 2 ani de dupa terminarea terapiei.

Încheierea terapiei din lipsă de beneficii

Art. XII.10. Psihologii vor încheia orice formă de terapie cu clienţii lor dacă există evidenţe clare ca aceştia nu mai au niciun beneficiu prin continuarea terapiei sau în cazul în care continuarea acesteia poate produce daune clienţilor.

Încheierea terapiei din alte motive

Art. XII.11. Psihologii vor încheia terapia dacă clientul intră într-o relaţie cu o persoană cunoscută sau apropiată terapeutului şi apare riscul unei relaţii multiple, dacă există o agresiune din partea clientului asupra terapeutului sau dacă există o solicitare clară în acest sens din partea clientului.

Întreruperea şi continuarea terapiei

Art. XII.12. Dacă din motive de boală sau de indisponibilitate a psihologului terapia trebuie întreruptă pentru o perioada mai lungă de timp, atunci psihologul va căuta să-i ofere clientului o posibilitate de continuare a terapiei cu un alt coleg psiholog care are disponibilitatea şi competenţa necesară continuării terapiei şi care va putea fi informat cu privire la stadiul în care se afla terapia, demersurile teraputice începute sau finalizate până în acel moment, cu consimţământul clientului.

Continuarea terapiei cu un alt terapeut

Art. XII.13. Psihologul care preia un client, de la un coleg care din motive justificate nu mai poate continua actul teraputic, va examina cu atenţie conţinutul demersului, potenţialul de risc, beneficiile, iar dacă e nevoie poate consulta pe cei ce au fost implicaţi în procesul teraputic şi abia apoi va decide modalităţile de continuare a terapiei.

XIII. EVALUARE ŞI DIAGNOZĂ

Prezentarea caracteristicilor psihologice

Art. XIII.1. Psihologii vor oferi informaţii despre caracteristicile psihologice ale indivizilor numai dupa ce au realizat o evaluare adecvată, care să susţină ştiinţific şi metodologic afirmaţiile şi concluziile lor, indiferent dacă e vorba de recomandări, rapoarte sau evaluări, precizând limitele afirmaţiilor, concluziilor şi recomandărilor lor.

Dacă psihologii realizează că (re)examinarea individului nu este justificată sau necesară, atunci aceştia vor explica această opţiune, precizând sursele şi documentele care stau la baza acestor concluzii.

Condiţii de utilizare a instrumentelor

Art. XIII.2. Psihologii vor utiliza (administra, scora, interpreta) metodele şi tehnicile de evaluare în strictă conformitate cu normele instituite în acest sens de Colegiu. Astfel psihologii vor folosi numai instrumente de evaluare ale căror caracteristici tehnice (validitate şi fidelitate) au fost stabilite, care deţin etalon pentru membrii populaţiei vizate şi sunt însoţite de manualul acestuia. În urma oricărei evaluări, psihologii vor preciza beneficiarului limitele

rezultatelor şi interpretărilor. Psihologii vor folosi metode de evaluare adecvate nivelului educaţional al indivizilor, în afara cazului în care folosirea unui limbaj sofisticat sau a unei alte limbi este relevantă pentru scopul evaluării. Psihologii vor respecta de asemenea legislaţia în vigoare cu privire la drepturile de autor şi de proprietate intelectuală pentru instrumentele de evaluare folosite, promovând şi respectând astfel munca şi activitatea colegilor lor de breaslă.

Consimţământul pentru evaluare/diagnoză

Art. XIII.3. Psihologii vor obţine consimţământul informat pentru serviciile de evaluare cu excepţia cazului în care (1) acestea sunt cerute de lege sau de reglementările în vigoare; (2) testarea este o activitate educaţională, instituţională sau organizaţională prevazută de reglementări interne; consimţământul informat include explicarea naturii şi scopului de evaluare, costurile, implicarea unei a treia parţi, limitele de confidenţialitate şi ocazii pentru cel evaluat de a formula întrebări şi de a primi răspunsuri.

Psihologii vor informa persoanele fără capacitate deplină de a-şi da consimţământul şi persoanele pentru care testarea este cerută de reglementările legislative, cu privire la natura şi scopul serviciilor de evaluare propuse, folosind un limbaj uşor de înţeles pentru persoana care urmează să fie evaluată.

Psihologii care folosesc servicile unui traducator vor cere consimţământul clientului pentru a folosi serviciile acelui traducator, se vor asigura că se va menţine confidenţialitatea rezultatelor, securitatea instrumentelor, inclusiv a documentelor de evaluare/diagnoză.

Datele de evaluare/diagnoză

Art. XIII.4. *Datele obţinute pot fi* scoruri brute şi standardizate, răspunsurile clientului la stimuli sau la întrebările la test, notele, înregistrările şi consemnările psihologului, declaraţiile şi comportamentul clientului în timpul unei examinări. Psihologii vor oferi datele obţinute, sub formă de rezultate clientului si, dacă e cazul, unor terţi numai cu consimţământul clientului, sau fără acordul acestuia în situaţiile prevazute de lege. Psihologii vor evita să facă publice datele obţinute, cu excepţia situaţiilor prevazute de lege, protejând clientul de orice formă de exploatare, abuz şi prevenind devalorizarea datelor de evaluare/diagnoză. Datele de evaluare/diagnoză reprezintă proprietate a psihologului sau instituţiei care realizează evaluarea/diagnoza şi vor putea fi administrate şi utilizate doar de catre psihologi calificaţi în folosirea acestor instrumente.

Construcţia de instrumente

Art. XIII.5. Psihologii care construiesc sau adaptează teste şi alte instrumente de măsurare vor folosi proceduri în acord cu normele internaţionale actuale privind proiectarea instrumentelor,

standardizarea, validarea, reducerea sau eliminarea erorilor şi vor preciza recomandările privind folosirea oricărui instrument în manualul de utilizare.

Interpretarea rezultatelor

Art. XIII.6. În interpretarea rezultatelor evaluării, fiind incluse aici şi interpretările computerizate, psihologii vor lua în considerare scopul evaluării, precum şi numerosi alţi factori, abilitaţile de testare şi caracteristicile persoanei evaluate (caracteristici situaţionale, personale, lingvistice şi culturale) care pot afecta judecaţile psihologilor sau care pot reduce acuratetea intepretărilor.

Calificarea în testare

Art. XIII.7. Psihologii nu vor promova/ încuraja folosirea tehnicilor de evaluare psihologică de catre persoane necalificate şi neautorizate, decât în cadrul unei formări în care există o supervizare adecvată.

Actualitatea evaluării

Art. XIII.8. Psihologii nu îsi vor baza deciziile sau recomandări pe teste depaşite/învechite, pe date care nu mai sunt folositoare pentru scopul curent sau care nu corespund normelor de avizare ale metodelor şi tehnicilor de evaluare şi asistenta psihologică stabilite de Colegiu.

Responsabilitatea administrării instrumentelor

Art. XIII.9. Psihologii care oferă servicii psihologice de evaluare altor profesionişti vor prezenta cu acurateţe scopul, normele, validitatea, fidelitatea şi aplicarea fiecarei proceduri, precum şi orice altă calitate a acestora. Psihologii îsi vor menţine responsabilitatea pentru aplicarea, interpretarea şi folosirea adecvată a instrumentelor de evaluare, indiferent dacă vor interpreta rezultatele ei înşişi sau vor folosi o interpretare computerizată sau de alta natură.

Prezentarea rezultatelor pentru cei evaluaţi

Art. XIII.10. Indiferent dacă cotarea şi interpretarea sunt facute de psihologi, angajaţi ai acestora sau asistenţi sau prin modalităţi automate/computerizate, psihologii vor oferi persoanei evaluate sau reprezentantului acesteia explicaţiile necesare întelegerii rezultatelor, excepţie facând situaţiile în care natura relaţiei împiedică acest lucru (situaţii de evaluare organizaţionala, preangajare şi evaluări prevăzute de lege), acest fapt fiind adus la cunoştinta persoanei evaluate înaintea începerii evaluării.

Materialele

Art. XIII.11. *Materialele de evaluare/diagnoză* cuprind manualul instrumentului, instrumentul propriu-zis, protocoale, întrebările sau stimulii utilizaţi, alte fişe sau formulare necesare şi nu includ *datele de evaluare/diagnoză*. Psihologii vor menţine integritatea şi securitatea materialelor testului şi a altor metode de evaluare prin neînstrăinarea lor catre persoane care

nu au competenta necesară, respectând dreptul de proprietate intelectuala prevazut de lege şi obligaţiile de tip contractual privind utilizarea instrumentului.

XIV. CERCETARE ŞTIINŢIFICĂ ŞI VALORIFICAREA REZULTATELOR

Standarde internaţionale

Art. XIV.1. În cercetările lor psihologii vor căuta, pe cât posibil, să promoveze cele mai noi metodologii de cercetare utilizate de comunitatea psihologică internaţionala, respectând atât standardele de rigoare ştiinţifică cât şi standardele etice.

Acordul de cercetare

Art. XIV.2. Atunci când psihologii au nevoie de aprobare, din partea unei instituţii, pentru desfăşurarea cercetărilor, aceştia vor furniza toate datele necesare pentru acordarea aprobării şi vor avea în vedere că protocolul de cercetare să corespunda aprobărilor primite.

Obtinerea consimţământului

Art. XIV.3. În obţinerea consimţământului informat psihologii vor aduce la cunoştinţa participanţilor scopurile cercetării, durata, procedurile utilizate, riscurile, beneficiile inclusiv compensaţiile financiare, limitele confidenţialitaţii, dreptul oricui de a se retrage din cercetare şi în general toate datele pe care participanţii le solicită şi de care au nevoie pentru a-şi da consimţământul. În cazul în care există posibilitatea producerii unor daune şi suferinţe, psihologii au obligaţia să o minimizeze pe cât posibil.

Utilizarea de suport audio-video

Art. XIV.4. Psihologii vor obţine consimţământul informat de la toţi participanţii la cercetare pentru înregistrările audio şi video, înaintea efectuării acestora, oferind garanţii că acestea vor fi utilizate numai într-o manieră în care identificarea nu poate produce daune celor implicaţi .

Limitări ale informării

Art. XIV.5. Psihologii nu vor face studii şi cercetări care implică proceduri de prezentare ascunsă/falsă a modelului de cercetare decât dacă alternativă de prezentare corectă nu este fezabilă ştiinţific sau aduce o alterare evidentă concluziilor cercetării. În acest caz, participanţii vor fi informaţi de utilizarea unui astfel de model de cercetare şi vor participa numai dacă îşi dau consimţământul, putând oricând să-şi retragă datele din cercetare. Cercetarea, în acest caz, poate fi derulată numai dacă nu produce suferinţă sau daune participanţilor.

Excepţia de la consimţământ

Art. XIV.6. Psihologii se pot dispensa în cadrul cercetărilor de consimţământul informat al participanţilor numai dacă (a) cercetarea nu poate produce în niciun fel daune (observaţii

naturale, practici educaţionale sau curriculare, chestionare anonimă, cercetare de arhive) sau (b) este permisă de reglementări legislative.

Persoane şi grupuri vulnerabile

Art. XIV.7. Psihologii vor cauta să examineze etic, independent, adecvat drepturilor omului şi să ia toate măsurile de protecţie pentru orice cercetare ce implică grupuri vulnerabile şi/sau persoane cu incapacitate de a-şi da consimţământul informat, înainte de a lua decizia de a începe.

Evitarea unor categorii de subiecţi

Art. XIV.8. Psihologii nu se vor folosi de persoane cu incapacitate de a-şi da consimţământul în niciun studiu sau cercetare, dacă studiul sau cercetarea avută în vedere poate fi finalizată la fel de bine cu persoane care au capacitatea deplină de a-şi da consimţământul informat.

Manipularea prin creşterea compensaţiilor

Art. XIV.9. Psihologii vor evita să propună şi să acorde participanţilor la cercetare compensaţii financiare excesive sau alte forme de stimulente pentru participarea la cercetare şi care pot favoriza obţinerea consimţământului, cu atât mai mult atunci când sunt evidente clare că există riscul producerii de suferinţă şi daune în timpul cercetării.

Utilizarea animalelor în cercetare

Art. XIV.10. Psihologii care utilizează animale în cercetările lor, vor evita provocarea de suferinţă acestora, excepţie facând cercetările care nu presupun metode invazive producătoare de suferinţă sau leziuni.

Corectitudinea datelor

Art. XIV.11. Psihologii nu au voie să prezinte date false pentru care nu au fost făcute în realitate măsurători. Dacă vor constata erori de prezentare a datelor sau de prelucrare a acestora vor face toţi paşii necesari pentru corectarea acestora, altfel vor retrage şi anula cercetarea.

Plagiatul

Art. XIV.12. Psihologii nu vor prezenta date sau rezultate din alte studii sau cercetări, ca aparţinându-le lor.

Abuzul de status

Art. XIV.13. Psihologii vor fi creditaţi pentru cercetările facute cât şi pentru publicarea acestora numai în măsura în care aceştia au o contribuţie majoră. Astfel psihologii vor face distincţia între autor principal al cercetării, contribuţie la cercetare, contribuţie minoră şi statusul sau poziţia pe care o deţine respectivul psiholog. Astfel poziţia academică, titlul academic sau poziţia sociala sau cea de şef de departament sau manager într-o instituţie nu

conferă nimanui credit pentru o poziţie principală în cercetare, decât în măsura în care există o acoperire reală prin contribuţia adusă la cercetare şi nu prin statusul social sau academic.

Transmiterea datelor

Art. XIV.14. Atunci când există solicitări de folosire sau de verificare a datelor din partea unui alt cercetator decât cei implicaţi direct în cercetare, psihologii vor putea oferi datele de cercetare numai în măsura în care se păstrează confidenţialitatea acestor informaţii de către cei carora li se încredintează şi dacă există o specificare clară a modului de utilizare a acestora.

Protejarea datelor

Art. XIV.15. Psihologii vor proteja datele de cercetare, asigurându-se că acestea sunt păstrate în condiţii de securitate. Protocoalele de cercetare, datele de cercetare sistematizate sau cele deja publicate pot fi păstrate fără restricţii dar în condiţiile respectării normelor etice.

Onestitate ştiinţifică

Art. XIV.16. Psihologii implicaţi în evaluarea, monitorizarea, realizarea şi raportarea activităţilor de cercetare ştiinţifică vor manifesta imparţialitate şi obiectivitate şi vor respecta drepturile de proprietate intelectuală. Selecţia proiectelor de cercetare, a rezultatelor cercetărilor realizate pentru a fi valorificate publicistic sau practic se va face doar pe criterii de relevanţă ştiinţifică, excluzându-se orice considerent personal sau de natură extraprofesionala.

Buna conduită în cercetarea ştiinţifică

Art. XIV.17. În activitatea de cercetare ştiinţifică psihologii vor evita ascunderea sau înlaturarea rezultatelor nedorite, confecţionarea de rezultate, înlocuirea rezultatelor cu date fictive, interpretarea deliberat distorsionată a rezultatelor şi deformarea concluziilor, plagierea rezultatelor sau a publicaţiilor altor autori, neatribuirea corectă a paternitaţii unei lucrări, nedezvăluirea conflictelor de interese, deturnarea fondurilor de cercetare, neînregistrarea şi/sau nestocarea rezultatelor, lipsa de obiectivitate în evaluări, nerespectarea condiţiilor de confidenţialitate, precum şi publicarea sau finantarea repetată a aceloraşi rezultate ca elemente de noutate ştiinţifică.

Datele contradictorii, diferenţele de concepţie experimentală sau practică, diferenţele de interpretare a datelor, diferenţele de opinie nu constituie abateri de la buna conduită în cercetarea ştiinţifică.

XV. DISPOZIŢII FINALE

Art. XV.1. Codul deontologic al profesiei de psiholog cu drept de liberă practică intră în vigoare odată cu aprobarea lui de către Convenţia Naţionala a Colegiului Psihologilor din România.
Art. XV.2. Psihologii au responsabilitatea de a cunoaşte şi de a aplica prevederile acestui Cod. Orice fapte săvârşite în legătură cu profesia care contravin prevederilor prezentului Cod, angajează răspunderea disciplinară a psihologilor.
Art. XV.3. Membrii Colegiului Psihologilor din România nu vor recunoaşte, ca fiind profesională, activitatea care este neconforma cu principiile şi standardele acestui Cod.
Art. XV.4. Toţi psihologii vor coopera cu Comisia de Deontologie şi Disciplină a Colegiului Psihologilor din România, atât în supervizarea conduitelor etice cât şi în promovarea lor. Refuzul cooperării atrage de la sine violarea prevederilor acestui Cod şi prin urmare sancţionarea psihologilor în cauză în conformitate cu Codul de procedură disciplinară.
Art. XV.5. Pentru a menţine relevantă şi actualitatea codului, acesta este revizuit de Comisia de Deotologie şi Disciplină a Colegiului Psihologilor din România dupa o perioadă de 4 ani sau atunci când situaţia o impune.

PROCESUL DE LUARE A UNEI DECIZII ETICE

Toate cele 3 principii şi cele 7 + 4 standarde (7 generale + 4 specifice) trebuie să fie luate în considerare pentru luarea unei decizii etice. Totusi există circumstanţe în care principiile etice vin în conflict şi nu se poate acorda aceeaşi greutate fiecarui principiu. Complexitatea dilemelor etice nu permite o ierarhizare fermă a principiilor. Totuşi cele 3 principii au fost ordonate în concordanţă cu greutatea acordată.

Acest proces trebuie să fie unul relativ rapid, conducând spre o soluţie simplă a unei situaţii cu implicaţii etice. Acest lucru e simplu în cazul în care există standarde clare pentru acele situaţii şi nu apare niciun conflict între principii sau standarde. Pe de alta parte unele aspecte etice (în special cele în care apare un conflict între principii) nu se pot rezolva uşor şi necesită timp pentru deliberare.

În continuare sunt prezentaţi câţiva paşi, paşii de bază în luarea unei decizii etice.

1. Identificarea aspectelor şi practicilor relevante etic
2. Elaborarea alternativelor posibile
3. Analiza probabilităţii riscurilor şi beneficiilor de scurtă durată, de lungă durată şi a celor în derulare (prezente) pentru fiecare altenativă de acţiune asupra individului /

grupului implicat şi de asemenea probabilitatea de a afecta clientul, familia sau colegii clientului, instituţia în care este angajat clientul, studenţii, participanţii la cercetare, disciplina, societatea.

4. Alegerea celei mai bune direcţii de acţiune dupa aplicarea conştienta a principiilor şi standardelor acestui Cod.
5. Evaluarea rezultatelor acţiunii alese.
6. Asumarea responsabilitaţii pentru consecinţele acţiunii, incluzând corectarea consecinţelor negative, dacă se poate, ori reangajarea în procesul de luare a deciziei dacă situaţia etică nu a fost soluţionată.

Psihologii aflaţi într-un proces de deliberare, consumator de timp, sunt încurajaţi şi li se recomandă să se consulte cu colegii lor sau cu persoane avizate dintr-un corp de avizare a problemelor etice (ex. Comisia de deontologie şi disciplină a Colegiului) ce pot aduce obiectivitate şi clarificare în procesul de luare a deciziei. Deşi decizia direcţiei de acţiune aparţine psihologului căutarea şi apelarea la astfel de consultări reflectă maturitate profesională şi o abordare etică a procesului de luare a deciziei.

DEFINIREA TERMENILOR

În sensul prezentului Cod urmatorii termeni se definesc astfel:

1. **Psihologul** reprezintă orice persoană care este membru, asociat, absolvent afiliat, sau străin afiliat la CPR

2. **Clientul** reprezinta o persoană, un cuplu (ca relaţie), o familie sau grup (inclusiv organizaţie sau comunitate) căruia i se oferă servicii psihologice din partea unui psiholog. Clienţii, participanţii la cercetări, studenţii şi orice alte persoane cu care psihologul vine în contact în timpul activităţii sale profesionale sunt independenţi dacă în mod independent au stabilit un contract ori şi-au dat consimţământul informat. Persoanele sunt parţial dependente dacă decizia contractului sau a consimţământului informat este împarţită de doua sau mai multe parţi (ex. părinţi şi conducerea scolii, muncitori şi conducerea instituţiei, adult şi familia sa). Persoanele sunt considerate complet dependente dacă acestea nu pot sau pot în foarte mică măsură să aleaga între a primi sau nu un serviciu ori să participe la o activitate (ex. pacienţii care au fost involuntar în supuşi unor intervenţii psihiatrice, copiii foarte mici implicaţi în proiecte de cercetare).

3. **Subiect** reprezintă o persoană care participa la un proiect de cercetare ştiinţifică, fie că face parte din grupul experimental, fie că are rol de martor.

4. **Ceilalţi** reprezintă orice individ sau grup cu care psihologul vine în contact în decursul muncii sale. Acest termen include dar nu se limitează la participanţii la cercetare; clienţi în căutare de ajutor; studenţi; supervizori; angajaţi; colegi; patroni; a treia parte şi orice membru public în general.

5. **Drepturile legale** ori civile reprezinta acele drepturi protejate prin lege şi recunoscute ca atare.

6. **Drepturile morale** reprezinta drepturile fundamentele şi inalienabile ale omului care pot fi sau nu protejate total de legile în vigoare. Un loc aparte, ca semnificaţie, pentru psihologi îl ocupa spre exemplu dreptul la: egala justiţie; onestitate; dezvoltarea unei intimitaţi adecvate; autodeterminare; libertate personala. Protejarea unor aspecte ale acestor drepturi pot implica practici care nu sunt conţinute sau controlate de către legile în vigoare. În plus drepturile morale nu se limitează la cele menţionate în această definiţie.

7. **Discriminarea** reprezintă activitatea care prejudiciază ori promovează prejudecaţi cu privire la persoane datorita culturii acestora, naţionalitaţii, etniei, culorii sau rasei, religiei, sexului sau orientării sexuale, statutului marital, abilităţilor fizice sau intelectuale, vârstei, statutului socio-economic şi oricăror alte preferinte, caracteristici personale, condiţii sau statute.

8. **Hărţuirea sexuală** include una sau ambele situaţii: (i) Utilizarea puterii ori autorităţii în încercarea de a forţa o persoană să se angajeze sau să tolereze activitaţi sexuale. Aici intră intimidarea sau forţarea pentru noncomplianţă ori promisiunea unor compensaţii sau recompense pentru complianţă. (ii) Angajarea în mod deliberat şi repetat în comentarii sexuale nesolicitate, anecdote, gesturi sau atingeri dacă aceste comportamente sunt: ofensatorii şi nu sunt bine primite, creează un mediu de lucru ostil ori intimidant ori se aşteapta să fie dăunator pentru client.

9. **Psihologia** ca disciplină presupune o aplicare ştiinţifică a metodelor, cunoştintelor de psihologie, procedurilor şi structurărilor folosite de psihologii în orientarea activitaţii lor în relaţia cu societatea, cu membrii acesteia şi a unora faţă de alţii.

10. **Relaţia multiplă.**

O relaţie se consideră a fi multiplă şi în cazul în care:

a. se exercită cel puţin doua roluri profesionale în raporturile cu o persoană

b. există o relaţie profesională cu o persoană şi cel puţin o altă relaţie cu o alta persoană, dar care este rudă sau cunoştintă apropiată a celei dintâi.

c. există o cunoştintă comună şi apropiată atât psihologului cât şi persoanei care beneficiază de suportul psihologului.

Evitarea relaţiilor multiple se face în spiritul respectării principiilor prezentului Cod, pentru păstrarea obiectivităţii, competenţei şi eficienţei activităţilor desfăşurate de psihologi.

11. **Exploatarea clientului** - exploatarea necunoaşterii, a lipsei de experienţă sau a stării de slabiciune a persoanelor vulnerabile datorită stării psihice, pentru a le determina să accepte servicii psihologice în condiţii prejudiciabile pentru acestea.

Limitele psihoterapiei. Limitele psihoterapeutului.

Aşa cum menţionam şi alte rânduri, orice psihoterapie poate fi limitată, astfel că există posibilitatea eşecului sau a rezultatelor parţiale. Aceste limite ale psihoterapiei pot ţine de:

- Orientarea în sine, în sensul că o orientare poate fi potrivită pentru un tip de clienţi, în timp ce pentru alţii să fie mai potrivită o alta. De exemplu, psihanaliza este mai adecvată persoanelor analitice, cu un nivel înalt de inteligenţă verbală şi capacitate de analiză a conţinuturilor simbolice, în timp ce pentru persoanele cu un nivel scăzut sau mediu de inteligenţă să fie mai adecvat un tip comportamental de intervenţie.
- Timpul necesar psihoterapiei – sunt clienţi care au nevoie de un demers scurt, centrat pe obiectiv, cum sunt cei aflaţi în situaţii de risc sau imediat după o situaţie traumatică, în timp ce alţii necesită intervenţii îndelungate, în funcţie de ravitatea patologiei manifestate.
- Motivaţia clienţilor – este un factor foarte important în succesul terapeutic şi de aceea, una dintre principalele preocupări ale terapeutului trebuie sa fie verificarea şi/sau stimularea nivelului motivaţional al clientului său. Totuşi, sunt situaţii în care terapeutul nu poate acţiona, dat fiind că motivaţia clientului este extrioară, el venind la terapie datorită presiunii exercitate de cei din jurul său şi nu de dorinţa lui de schimbare sau îmbunătăţire;
- Profunzimea rănilor sale psihice, adică unele răni psihice nu se pot închide niciodată, aşa că obiectivele terapiei trebuie ajustate;
- Vulnerabilităţile personale ale terapeutului – un terapeut bun nu este cel care poate lucra cu toate categoriile de clienţi, ci cel care şi-a clarificat ariile de competenţă şi vulnerabilităţile şi îşi respectă abilităţile şi limitele, preocupându-se ne menţinerea sau restabilirea cât mai rapidă a echilibrului său psihologic în condiţiile în care traversează situaţii adverse de viaţă.

Formarea în psihoterapie.

Formarea în domeniul psihoterapiei presupune:

- Obţinerea licenţei într-un domeniu umanist: psihologie, pedagogie, asistenţă socială, psihopedagogie specială, medicină;
- Urmarea unor cursuri de specializare – pregătire teoretică şi aplicativă – într-una dintre şcolile de psihoterapie acreditate în ţara noastră de către Colegiul Psihologilor (vezi www.copsi.ro)
- În timpul formării fiecare aspirant la profesia de psihoterapeut trebuie să urmeze un număr de ore de *psihoterapie*, sau de *analiză* şi *dezvoltare personală*, în funcţie de orientarea psihoterapeutică în care se formează;
- De asemenea, pe măsură ce formarea avansează şi cursantul începe să achiziţioneze şi să manifeste cunoştinţe teoretice şi practice pe care le foloseşte cu primii săi clienţi începe şi procesul de *supervizare*. Supervizarea presupune ca activitatea terapeutică a terapeutului începător să fie evaluată şi ghidată de un terapeut cu experienţă. Această evaluare şi ghidare are ca scop întărirea, corectarea şi punerea în evidenţă a abilităţilor terapeutice la terapeutul începător. Personal, consider că supervizarea este binevenită, din când în când şi mai ales în cazurile dificile şi în cazul terapeuţilor cu experienţă, tocmai datorită limitelor şi vulnerabilităţilor pe care ei, ca oameni, le pot manifesta sau activa în unele momente, precum şi a complexităţii umane cu care se întâlneşte.

BIBLIOGRAFIE

- Holdevici Irina *Elemente de psihoterapie*, Editura All, Bucureşti, 1993.
- Holdevici Irina *Psihoterapia-un tratament fără medicamente*, Editura Ceres, Bucureşti, 1993.
- Holdevici Irina *Psihoterapia tulburărilor anxioase: să ne eliberăm de frici, obsesii si fobii*, Editura Ceres, Bucureşti, 1998.
- Holdevici Irina *Sugestolgie si terapie sugestivă*, Editura Victor, Bucureşti, 1995.

- Holdevici Irina *Gândirea pozitivă. Ghid terapeutic de terapie raţional-emotivă*, Editura Ştiinţă si Tehnică, Bucureşti, 1999.
- Holdevici Irina *Gândirea pozitivă-ghid practic de psihoterapie raţional-emotivă si cognitiv-comportamentală*, Editura Dual Tech, Bucureşti, 2000.
- Holdevici Irina *Psihoterapia anxietăţii. Abordări cognitiv-comportamentale*, Editura Unitech, Bucureşti, 2000.
- Holdevici Irina *Psihoterapia cazurilor dificile: Abordări cognitiv-comportamenatale*, Editura Dual Tech, Bucureşti, 2003.
- Holdevici Irina *Psihoterpii scurte*, Editura Ceres, Bucureşti, 2000.
- Holdevici Irina *Ameliorarea performanţelor individule prin tehnici de psihoterapie*, Editura Licer, Bucureşti, 2001.
- Nossrat Peseschkian *Psihoterapie pozitivă. Teorie si practică*, Editura 3 Trei, Bucureşti, 2007.
- Mitrofan Iolanda *Terapia unificării. Abordarea holistică a dezvoltării si a transformării umane*, Editura Sper, Bucureşti, 2004.
- G. Ionescu *Tratat de psihologie medicală si psihoterapie*, Editura Asklepios, Bucureşti, 1995.
- Ion Dafinoiu *Elemente de psihoterapie integrativă*, Editura Polirom, Bucureşti 2001.
- Daniel David *Psihologie clinică si psihoterapie*, Editura Polirom, Bucureşti, 2006.
- Iolanda Mitrofan, Diana Vasile *Terapii de familie*, Editura Sper, Bucuresti, 2001.
- Iolanda Mitrofan, Cristian Ciupercă *Psihologia si terapia cuplului*, Editura Sper, Bucureşti, 2002.
- Iolanda Mitrofan *Orientarea experenţială in psihoterapie*, Editura Sper, Bucureşti, 2000.
- Alexandru Trifan *Personologie marginală şi psihotraumatică*, Editura Trei, Bucureşti, 2006.
- Ralf T. Vogel *Psihoterapie cognitiv-comportamentală şi psihanaliză*, Editura Trei, Bucureşti 2008.
- Dr. Andre Moreau *Psihoterapie Metode şi Tehnici*, Editura Trei, Bucureşti, 2007
- Philippe Wallon, Anne Cambier, Dominique Engelhart *Psihologia desenului la copil*, Editura Trei, Bucureşti, 2008.
- Irina Holdevici *Tratat de psihoterapie cognitiv-comportamentală*, Editura Trei, Bucureşti, 2009.

- Glen O. Gabbard *Tratat de psihiatrie psihodinamică*, Editura Trei, Bucureşti, 2005.
- Michele Montreuil Jack Doron *Tratat de psihologie clinică şi psihopatolgie*, Editura Trei, Bucureşti, 2009.
- Jesse D. Geller, John C. Norcross, David E. Orlinsky *Formare pentru psihoterapie*, Editura Trei, Bucureşti, 2005.
- Irvin D. Yalon *Tratat de psihoterapie de grup Teorie şi Practică*, Editura Trei, Bucureşti, 2008.
- Helmut Thoma, Horst Kachele *Tratat de psihanaliză contemporană* (vol I Fundamente), Editura Trei, Bucureşti 1999.
- Helmut Thoma, Horst Kachele *Tratat de psihanaliză contemporană* (vol II Practică), Editura Trei, Bucureşti 2000.